

GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTUDAR A PREVENÇÃO DA SIDA EM PORTUGAL ATRAVÉS DA CARTOGRAFIA

Margarida Quintela Martins

**Dissertação de Mestrado em Gestão do Território: Ambiente
e Recursos Naturais**

MARÇO, 2009

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão do Território: Ambiente e Recursos Naturais, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria José Roxo

DECLARAÇÕES

Declaro que esta dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Lisboa, de de

Declaro que esta Dissertação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Lisboa, de de

Dedico este trabalho aos meus filhos Diogo e Duarte e à memória da minha mãe.

Dedico-o também a todos os doentes portadores de VIH/SIDA e a todos aqueles que espalhados por todo o Mundo lutam diariamente na luta contra a propagação do
VIH/SIDA.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, na pessoa da Professora Doutora Teresa Paixão, pela disponibilização dos dados de todas as notificações registadas em Portugal desde 1983, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho

À Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Ao Sr. Samuel Fernandes da Associação Abraço

À minha orientadora Prof^a Doutora Maria José Roxo

À minha amiga e colega de curso Dra. Ana Margarida Abrantes

À minha amiga e colega de trabalho Prof^a Maria Belén Rando

DISSERTAÇÃO

GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTUDAR A PREVENÇÃO DA SIDA EM PORTUGAL ATRAVÉS DA CARTOGRAFIA

MARGARIDA MARIA LUCAS QUINTELA MARTINS

PALAVRAS-CHAVE: Tipo de Notificação, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Portador Assintomático (PA), Complexo Relacionado com a SIDA (CRS), Sistemas de Informação Geográfica (SIG), Análise espacial.

RESUMO

Normalmente associa-se a infecção VIH/SIDA a indivíduos que pertencem a grupos de risco, nomeadamente, toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis (UDI), homossexuais e a indivíduos que praticam prostituição. No entanto, ao longo dos anos tem-se verificado que esta é uma doença, que afecta principalmente comportamentos de risco e não grupos de risco. Assim é muito importante a tomada de consciência de que esta doença pode afectar qualquer indivíduo de qualquer idade.

A Geografia e a representação cartográfica poderão dar um contributo substancial na investigação, uma vez que todos os fenómenos ocorrem num dado momento ou período, num determinado local. Assim, aliando os dados que se pretendem estudar a uma base cartográfica o que permite uma análise geográfica do território, é possível identificar padrões de concentração e / ou dispersão e analisá-los ao longo de diferentes períodos de tempo.

O objectivo desta dissertação, é demonstrar que os SIG – Sistemas de Informação Geográfica podem ter um papel importante no conhecimento da expansão geográfica desta doença e proporcionar informação concreta para uma estratégia de prevenção mais eficaz da SIDA, em Portugal. Os dados cedidos, foram trabalhados neste ambiente, o que irá permitir a realização de análises, com representação espacial.

DISSERTATION

MARGARIDA MARIA LUCAS QUINTELA MARTINS

KEYWORDS: Type of notification, Acquired Immunodeficiency Syndrome (SIDA - AIDS), HIV-Positive (PA), Complex Related with AIDS (CRS), Geographic Information System (SIG - GIS), Spatial analyze.

ABSTRACT

The AIDS disease it's usually associated, to people belonging to risk groups, namely drug users, homosexuals and people who practice prostitution. However, as time goes by, it is becoming clear that this disease affects people with risk behaviors and not risk groups. So it is very important to consider that this disease may affect any individual at any age.

The Geography and the cartography representation should give a considerable contribution as a support of research, since all phenomena occur at a given time period moment or in a particular location. Thus, joining the data to be studying at a base map that allows a geographical analysis of the territory, it is possible to identify patterns of concentration and / or dispersal and analyze them over different periods of time.

The purpose of this research is to show that GIS - Geographic Information System could play an important role in the knowledge of the geographical expansion of this disease and provide concrete information for a more effective strategy for prevention of AIDS in Portugal. The data transferred, were worked in this environment that will allow spatial representation.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Justificação da escolha do tema.....	2
Geografia e Saúde	3
Capítulo I: Apresentação do Caso de Estudo.....	4
I.1. Abordagem e localização da área de estudo.....	5
I.2. Distribuição espacial e temporal	7
I.3. Metodologia	7
Principais problemas na elaboração do trabalho	9
Capítulo II: O desenvolvimento sustentável, a saúde e a cartografia	9
II.1. Breve história da cartografia	9
II.2. O Desenvolvimento Sustentável e a Saúde	10
II.3. A cartografia e a saúde: a necessidade de um melhor conhecimento dos fenómenos a nível espacial.....	14
Capítulo III: A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	17
III.1. O que é a SIDA?.....	17
III.2. As vias de transmissão da SIDA	18
III.3. SIDA – doença tabu – A mudança de mentalidades	19
Notícias sobre sida	22
Capítulo IV: Comportamentos.....	24
IV.1. A adolescência e os comportamentos de risco	27
IV.2. As atitudes comportamentais face a problemas locais.....	27
Participação Activa da Comunidade.....	28
Capítulo V: A SIDA no Mundo	30
Países com desigualdades de desenvolvimento	30
Países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento	32
Capítulo VI: Mecanismos e Acções de Prevenção/A SIDA em Portugal..	33
VI.1. Obrigatoriedade da Notificação e Políticas Públicas	33
Acerca do PNAAS	33
VI.2. Instituições	36
VI.3. A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA	37
VI.4. A Associação Abraço.....	39
Campanhas apelativas	39
Capítulo VII: Análise e apresentação de resultados.....	41
VII.1. Situação no País	41
VII.2. Descrição dos resultados.....	46

VII.3 Evolução de CRS em Portugal.....	47
VII.4. Evolução de PA em Portugal.....	49
VII.5. Evolução de SIDA em Portugal.....	49
Capítulo VIII: Resultados e discussão	50
VIII.1. Avaliação das acções já realizadas.....	51
VIII.2. Onde e como actuar.....	51
VIII.3. Modelo para Notificação	57
Capítulo IX: Síntese final.....	59
Considerações finais	59
X. Referências bibliográficas	61
Lista de figuras	66

LISTA DE ABREVIATURAS

CNLS - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

CRS - Complexo Relacionado com a SIDA

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DNA - Ácido desoxirribonucleico

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial para fins estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PA – Portador Assintomático

RCM – Resolução de Conselho de Ministros

RNA - Ácido ribonucleico

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SIG – Sistemas de Informação Geográfica

TIG – Tecnologias de Informação Geográfica

UDI – Utilizadores de Drogas Injectáveis

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

“Se há questões que atravessam toda a sociedade, e não apenas a intervenção política, pública ou governamental, a SIDA é talvez uma das mais prementes. Uma doença que é simultaneamente um dos grandes desafios da sociedade, da cultura, da medicina e da investigação científica dos séculos XX e XXI, exigindo soluções à escala mundial e o empenho de todos”. (António Correia de CAMPOS, 2001).

Como é do conhecimento geral a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença que surgiu no final do século XX, e que desde então já dizimou milhares de pessoas. Inicialmente estavam associados a esta doença grupos de risco como sendo os principais afectados. Actualmente, a região do Mundo mais afectada pelo VIH/SIDA é o Continente africano, sobretudo devido à falta de meios de informação e de recursos, quer humanos quer materiais.

Apesar de ao longo dos anos se terem vindo a verificar por todo o Planeta diversos esforços e iniciativas para o combate e controle desta pandemia, pode dizer-se que todos os esforços são poucos, quando se trata de uma doença que se difunde em grande maioria devido a comportamentos de risco.

Neste sentido, é de salientar o trabalho desenvolvido por diversas organizações, quer governamentais quer não governamentais (ONG), quer de instituições de solidariedade social, espalhadas por todo o Mundo, bem como outras iniciativas, que têm vindo a ser tomadas para informar as populações e ajudar a encontrar soluções para esta catástrofe que teve início no século XX.

Em geral, as políticas públicas na área da saúde, englobam objectivos e metas, no sentido de se encontrarem soluções para combater a SIDA. Um dos objectivos do milénio é reduzir substancialmente o aparecimento de novos casos e encontrar novas formas de combater esta pandemia que se alastra silenciosamente. Em Portugal por exemplo “... A prevenção tem-se revelado um desafio extraordinário. No programa do XVII Governo Constitucional, a luta contra a infecção do VIH/SIDA é considerada uma área de actuação prioritária e, dessa forma, encontra-se inscrita no Plano Nacional de Saúde.” (António Correia de CAMPOS, 2006).

A melhor forma de lutar contra o VIH/SIDA é prevenir, informando as populações, sobre medidas a tomar no que diz respeito à alteração de comportamentos e atitudes.

Uma análise geográfica conjuntamente com a representação cartográfica ajudará a extrair ilações e a desenvolver novas formas de actuação, com o objectivo de prevenir e actuar de modo eficaz na informação da população portuguesa tendo em vista a redução do número de novos casos por ano.

Neste sentido, este trabalho pretende demonstrar que a análise espacial com utilização dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), poderão dar um contributo significativo como instrumento de suporte à decisão, para a prevenção da SIDA em Portugal.

Justificação da escolha do tema

Esta investigação teve o seu início no âmbito da cadeira Catástrofes Ambientais e Sociedade¹. O objectivo do trabalho foi o estudo de uma catástrofe que tivesse ocorrido no século XX, e através da pesquisa à imprensa escrita da época, perceber a forma como era encarada pela sociedade e qual a relevância que lhe era dada pela comunicação social ao longo do tempo, de maneira a conhecer a sua evolução, e também obter informação sobre o fenómeno em análise.

Como a SIDA tinha surgido nos Estados Unidos da América (EUA) nos finais do século XX, sendo uma doença ainda pouco conhecida e associada a grupos desfavorecidos da sociedade, tinha sido também um assunto relativamente pouco noticiado pela comunicação social. Por este motivo, optou-se então por fazer uma abordagem diferente para o estudo desta catástrofe, baseada na análise geográfica do fenómeno, procurando perceber a difusão da doença, e os meios de combate à mesma em termos de prevenção do VIH/SIDA.

O objectivo consistiu em verificar se existiam padrões de incidência da doença por escalões etários, por sexo e por regiões, neste caso Distritos. Este diagnóstico

¹ Inserida na componente lectiva do mestrado Gestão do Território: Ambiente e Recursos Naturais, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Nova de Lisboa, leccionada pela Professora Doutora Maria José Roxo.

permitiria desenvolver campanhas de prevenção mais direccionadas a determinadas faixas etárias, a géneros e/ou a regiões específicas.

Apesar de na pesquisa bibliográfica prévia ao desenvolvimento deste trabalho se tivessem identificado alguns trabalhos realizados em Portugal onde se pode encontrar a relação da cartografia com a SIDA, estes referem-se apenas à cartografia do fenómeno propriamente dita, onde se podem encontrar regiões ou áreas mais ou menos afectadas por esta doença. Porém, não se encontrou qualquer estudo que utilizasse os sistemas de informação geográfica como uma ferramenta de apoio à decisão, para o estudo da prevenção da SIDA em Portugal, constituindo esta a mais valia da presente investigação.

A primeira fase do trabalho, finalizada no âmbito da componente lectiva deste mestrado, foi apresentado em Outubro de 2007, no VI Congresso de Geografia Portuguesa que se realizou na Universidade Nova de Lisboa promovido pela FCSH-UNL e pela Associação Portuguesa de Geógrafos.

Geografia e Saúde

Nos últimos anos, por todo o Mundo, tem havido um aumento de estudos sobre Geografia e Saúde. Tem-se verificado, que o estudo de fenómenos relacionados com a saúde, têm uma forte componente geográfica.

Desde 1993 que a Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolve programas de saúde pública por todo o Mundo utilizando os Sistemas de Informação Geográfica (SIG). No seu site existe um tópico denominado “Public Health Mapping and GIS Programme”² que refere na sua introdução “A fim de planear adequadamente, gerir e monitorizar qualquer programa de saúde pública, é vital que a actualização da informação relevante esteja disponível para os decisores do sistema de saúde pública, a todos os níveis. Como cada doença ou problema de saúde, requer uma resposta diferente e decisão política, a informação que deve estar disponível reflecte uma avaliação

² O “Public Health Mapping and Programme” foi originalmente desenvolvido em 1993, conjuntamente pela OMS e UNICEF.

realista da situação a nível local, nacional e global. Isso deve ser feito com os melhores dados disponíveis e tendo em conta a dinâmica da transmissão da, demografia, disponibilidade e acessibilidade aos serviços sociais e de saúde existentes, bem como outras características geográficas e ambientais.”Segundo a OMS, os SIG, têm sido uma ferramenta indispensável para o estudo de muitas doenças e para a erradicação de doenças em África, nomeadamente, a Malária e a Poliomielite.

No site da United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), também se pode encontrar um mapa relativo ao número de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) a nível mundial, em 2007. A cartografia, tem sido extremamente importante para uma melhor compreensão e análise da difusão de doenças pelo território, e podem actualmente encontrar-se diversos trabalhos de investigação³ que conjugam estas duas ciências – Geografia e Saúde.

Capítulo I: Apresentação do Caso de Estudo

A SIDA é uma das principais causas de morte da população a nível mundial e, por isso, o combate ao vírus VIH/SIDA está incluído nas metas para o milénio. Deve ser dada cada vez mais ênfase a este problema e multiplicar esforços, aliar os vários ramos das ciências e a tecnologia, para a descoberta de novos caminhos, que possam conduzir à minimização desta doença que se trata, afinal, de uma catástrofe que tem cada vez maiores proporções.

Esta dissertação pretende dar uma abordagem diferente ao estudo da SIDA. Não se pretende analisar a doença propriamente dita, mas demonstrar que se pode prevenir a difusão da mesma, através do conhecimento da localização de áreas de maior predominância no território, recorrendo às tecnologias de informação que estão disponíveis hoje em dia.

³ “Joint spatial modelling of common morbidities of childhood fever and diarrhoea in Malawi” . Kazembe, L. et al (2007)

“Does where you live influence what you know? Community effects on health knowledge in Ghana”. Andrzejewski, C. et al (2008)

“The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal”. Santana, P. et al (2008)


“A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde - algumas reflexões”. Santos, A. et al (2006)

Ao longo do trabalho serão referidos os três tipos de notificação segundo o qual se classifica o diagnóstico desta doença a saber: Complexo Relacionado com a SIDA (CRS), que indica que o indivíduo tem alguns sintomas de infecção, nomeadamente febres e diarreias mas o vírus não está activo; Portador Assintomático (PA), que normalmente se designa por seropositivo, para referir o indivíduo que não tem qualquer sintoma da doença mas é portador do vírus; por fim a designação Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que designa o indivíduo que tem o vírus activo e tem os sintomas, a doença está portanto declarada.

I. 1. Abordagem e localização da área de estudo

A área, alvo de estudo é Portugal Continental e as duas Regiões Autónomas, Açores e Madeira. A análise incide ao nível dos Distritos, dado não haver registos suficientes por Concelho, que permitam uma análise por município. Ao nível da freguesia poderia registar-se uma análise mais realista do fenómeno, contudo a forma de notificação desta doença em Portugal não obriga os técnicos de saúde a informarem o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) no que diz respeito à freguesia de residência dos indivíduos notificados (pacientes). Como se pode constatar no impresso utilizado para a notificação da SIDA em Portugal (Figura 1), não existe um campo destinado ao preenchimento da Freguesia de residência dos indivíduos alvo de notificação. O referido impresso é uma ferramenta de trabalho de utilização complicada devido aos numerosos campos que devem ser preenchidos pelos técnicos de saúde, quando registam o diagnóstico do paciente. A falta de preenchimento de alguns campos, poderá ser um indicador deste impresso ser demasiado complicado e, portanto alguns técnicos optam por não o preencher na íntegra.

Figura 1: Modelo para registo das notificações




Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida - Portugal

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH
Folha de Notificação (ver instruções no verso, s.f.f.)

N.º _____ / SIDA *

* A preencher pelo CVEDT



Ministério da Saúde

1. tipo / classificação

SIDA ☐ CDC*

A	B	C
1		
2		
3		

CRS-LGP ☐

PA ☐

* Se também disponível

2. datas

Ano provável de infecção _____

Notificação aa/mm/dd Diagnóstico aa/mm/dd

1.º Sintomas aa/mm/dd Falecimento aa/mm/dd

3. dados de codificação

Último apelido (3 prim.ªs consoantes) _____

Primeiro nome próprio (2 prim.ªs consoantes) _____

Sexo (M/F) _____ Data de nasc. aa/mm/dd Idade _____

Nacionalidade _____

4. residência

Distrito _____ Concelho _____

País de resid.ª no provável contágio _____

País de resid.ª nos 1.ºs sintomas _____

5. motivo

Motivo da consulta/internamento ou do teste _____

6. gravidez

Gravidez à data de diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

Categoria de transmissão da mãe nos casos de mãe-para-filho

☐ Toxicodependente IV

☐ Heterossexual

☐ Transfundida Data aa/mm/dd País _____

☐ Outras/Indeterminada

7. Viagens/estadas no estrangeiro c/ possibilidades de contágio

País	Datas	Tipo de contágio
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
Serviço militar fora de Portugal		
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____

8. categorias de transmissão

☐ Bissexual ☐ Heterossexual

☐ Homossexual ☐ Toxicodep. IV

☐ Diálise renal ☐ Hemofílico tratado c/ concentrados

☐ Hemofílico tratado/cioprecipitados/plasma

☐ Infecção nosocomial

☐ Transfundido Data aa/mm/dd País _____

☐ Transplantado Data aa/mm/dd

☐ Trab. sexo ☐ Transmissão mãe-para-filho

☐ Outras categorias (especificar) _____

9. Características do parceiro no contacto heterossexual

☐ Desconhecido ☐ Hemofílico

☐ HIV 1 positivo ☐ HIV 2 positivo

☐ Homem Bissexual

☐ Originário/residente de país estrang. Qual? _____

☐ Trab. sexo ☐ Toxicodependente IV

☐ Transfundido ☐ Nenhum dos grupos mencionados

10. doenças indicadoras de SIDA

1. Doença _____

Método de diagnóstico _____

Data aa/mm/dd Serviço _____

2. Doença _____

Método de diagnóstico _____

Data aa/mm/dd Serviço _____

3. Doença _____

Método de diagnóstico _____

Data aa/mm/dd Serviço _____

4. Doença _____

Método de diagnóstico _____

Data aa/mm/dd Serviço _____

11. Serologia VIH

	Data	Data 1.º teste VIH+
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 2 <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1+VIH 2 <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> WBlot 1 <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> WBlot 2 <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Antígeno <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Outros <u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs. _____		

12. entidade que notifica

Nome _____

Serviço _____

Hospital _____

13. Outros Serviços que Contactam ou Contactaram com o doente

Data / /

Assinatura _____

Modelo 1 Sub Modelo 2

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE

I.2. Distribuição espacial e temporal

Os dados cedidos pelo CVEDT, relativos às notificações do VIH/SIDA em Portugal, representam o total de 31132 registos, desde o ano de 1983 até Maio de 2007. Através destes verifica-se, que desde o surgimento dos primeiros casos da doença em Portugal, houve um incremento significativo na incidência da mesma. É importante salientar, que apesar de se verificar grande falta de informação em muitos dos Distritos, nomeadamente falta de preenchimento de campos nos registos, houve também um incremento muito importante, no que diz respeito à atenção dada por parte dos técnicos de saúde para um melhor conhecimento da doença e do número de casos em Portugal.

Para que a análise pudesse ser coerente e, ao mesmo tempo, fosse possível estabelecer comparações da propagação do fenómeno ao longo dos anos no País, e observar se, houve aumentos ou decréscimos relativamente a novas notificações, estabeleceram-se três momentos de análise, dentro dos vinte e cinco anos, desde o primeiro caso registado em Portugal.

Esta escolha deve-se, por um lado, ao facto de haver um espaço de tempo idêntico entre eles (dez anos) para se estabelecerem comparações e, por outro, por 2006 ser um ano muito recente, portanto actual. Este espaço de tempo permitiu igualmente, perceber a forma como esta doença foi sendo encarada pela sociedade, podendo observar-se a mudança de mentalidades que se verificou no espaço de vinte e cinco anos.

I.3. Metodologia

O CVEDT é a entidade em Portugal, que reúne toda a informação relativa às notificações de VIH/SIDA. Os dados do País relativos a todas as notificações registadas ficam assim todos reunidos, o que permite diferentes tipos de análise tais como; estabelecer relações temporais, regionais e também por escalões etários. O CVEDT publica regularmente estudos realizados com base nos dados mais recentes, que consegue reunir. Desta forma a informação está constantemente a ser actualizada, o que é um factor extremamente importante, para o estudo da SIDA em Portugal. Assim,

podem ser conhecidos os grupos (etários, sexo, Distritos) para se conseguirem tirar algumas ilações relativamente ao estado de evolução da doença, nomeadamente a sua difusão. Os dados fornecidos em formato Excel foram posteriormente organizados, de forma a poderem ser realizadas várias análises. Seleccionaram-se todos os dados relativos aos anos de 1986, 1996 e 2006 e criaram-se ficheiros independentes para cada um destes anos. Posteriormente em cada um destes ficheiros, foram criados filtros por Distrito, Concelho, sexo, idade e tipo de notificação (CRS, PA e SIDA). Definiram-se os escalões etários, e verificou-se que não havia dados em número suficiente para realizar análises ao nível do Concelho. Definiram-se cinco escalões etários: entre os 0-12 anos, 13-24 anos, 25-34 anos, 35-49 anos e ≥ 50 anos. A esta escolha destes escalões deveu-se a vários motivos, nomeadamente a verificar-se que nos extremos havia menos incidência de casos. Por exemplo no grupo dos 0-12, os casos notificados serão maioritariamente devido ao contágio de mãe para filho durante a gravidez, pois a maioria dos jovens inicia a actividade sexual depois dos 12 anos. O grupo dos 13 aos 24 engloba sobretudo a população estudante, nesta fase os comportamentos dos jovens ainda não estão maduros, enquanto no grupo dos 25 aos 34, já são considerados adultos mas ainda jovens. Nesta idade os jovens já estão formados, preparados para a vida, já têm na sua maioria consciência do que pretendem realizar, as suas relações também são mais estáveis, muitos até já estão casados ou a viverem em união de facto com alguém. O grupo dos 35 aos 49, engloba casais e muitos indivíduos de ambos os sexos divorciados ou separados e também solteiros. Relativamente aos casais é também nestas idades que muitas vezes se verificam relações extra conjugais. As classes etárias foram portanto definidas tomando em consideração possíveis tipos de comportamentos ou formas de pensar relativos a cada idade.

Para que a análise por Distrito fosse obtida numa proporção real, foram considerados os dados da população residente por Distrito relativa aos Censos dos anos de 1981, 1991 e 2001. Em cada Distrito, foi considerado o número de casos por cada 100 000 habitantes.

Esta informação foi importada em ambiente SIG, para elaboração dos mapas de evolução dos três tipos de notificação nos anos de 1986, 1996 e 2006.

É importante salientar que a informação objecto desta análise foi recolhida nos hospitais, pelo que o local de residência permanente dos indivíduos não corresponde necessariamente, ao Distrito onde foi realizado o diagnóstico.

A partir da informação recolhida, sobre campanhas de prevenção realizadas ao longo dos anos, foi elaborado um breve historial, com o objectivo de relacionar os resultados destas acções, com os números de notificações registados em anos posteriores.

Principais problemas na elaboração do trabalho

Logo no início, detectou-se na primeira análise da informação, a falta de registos completos. Há muitos campos dos registos de dados que se encontravam incompletos, nomeadamente a falta de informação relativa ao sexo, ao ano da notificação e à idade. Contudo, a falta de indicação do Concelho dos indivíduos, que foram objecto de notificação, levou a que a cartografia deste trabalho fosse elaborada ao nível dos Distritos. A ausência do preenchimento destes campos deve ser provavelmente da responsabilidade do técnico de saúde, que registou a notificação, o que denota não ter havido desde o início um critério definido superiormente para o preenchimento deste tipo de dados, por parte das entidades responsáveis. Por outro lado, a ausência no impresso de um campo para indicar a Freguesia de residência dos indivíduos notificados impediu uma análise mais pormenorizada. Este assunto será abordado em outra parte da dissertação.

Capítulo II: O desenvolvimento sustentável, a saúde e a cartografia

II. 1. Breve história da cartografia

“Há mapas e mapas. A evolução do suporte do mapa determina a natureza do seu traçado. Móvel ou não, isolado ou inserido num livro, manuscrito ou impresso, assim teremos outros tantos mapas diferentes.”

(Christian Jacob, 1987)

A cartografia foi um instrumento precioso para os seres humanos através dos tempos, que levou ao conhecimento do Planeta. Foi na época dos descobrimentos que

esta “arte” sofreu um grande desenvolvimento, quer nas técnicas utilizadas pelos cartógrafos, quer em termos do conhecimento adquirido dos locais visitados e explorados e posteriormente registados. “A cartografia está em constante evolução, ao sabor das épocas e das culturas. Resumir a história do mapa é interrogar a identidade do objecto, a sua génese, a natureza do seu traçado onde se caldeiam a escrita, a pintura e a geometria: prática e política, imaginária e intelectual, pois o mapa fixa os conhecimentos de uma sociedade.” (2007, Atlas Histórico).

Inicialmente a cartografia cingia-se sobretudo ao conhecimento do espaço físico e aos fenómenos físicos. Ao longo dos tempos a evolução desta técnica e a sua mais valia em termos de informação do território levou a que os fenómenos de natureza humana passassem a ser cartografados. “A partir de 1858, desenvolve-se a observação aérea do alto dos balões dirigíveis. As duas guerras mundiais favorecem o desenvolvimento da fotografia aérea.” (2007, Atlas Histórico)

II. 2. O Desenvolvimento Sustentável e a Saúde

No contexto político, o conceito de “Ambiente e Desenvolvimento Sustentável”, apresentado no Relatório Brundtland, refere: “desenvolvimento que responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras para satisfazer as suas próprias necessidades.”

O conceito de desenvolvimento sustentável está intrinsecamente ligado à saúde das populações, apesar de actualmente ser mais comum relacionar desenvolvimento sustentável com Ambiente. Os pilares do desenvolvimento sustentável são a sociedade, o ambiente e a economia. O conceito de saúde definido pela OMS vem reforçar esta ideia pois para um indivíduo poder ter um “... estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social ...” tem de ter, pelo menos, as suas necessidades básicas supridas. Assim, a saúde das populações está englobada no conceito de desenvolvimento sustentável, tão importante hoje em dia na política internacional, europeia e nacional.

De facto, saúde e educação são duas áreas extremamente importantes para a evolução de qualquer sociedade, são a base de sustentação de um país e por inerência, da sua população. Se estas duas áreas não estiverem suficientemente desenvolvidas,

difícilmente se conseguirá chegar a um equilíbrio e a um desenvolvimento pleno de qualquer sociedade. Além de serem dois âmbitos importantes a nível político, educação e saúde constituem também um direito dos cidadãos.

“Saúde é o mais alto estado do vigor mental e físico; estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social.” (OMS, 1999). Para MENDES, R. “a definição clássica da Organização Mundial de Saúde, inclui expressamente no mesmo conceito a saúde física ou corporal e a saúde mental ou psíquica e refere de maneira precisa o tipo novo de saúde social, por um lado, está mais próxima da realidade ...” e considera que o conceito de bem estar é subjectivo e portanto difícil de quantificar. “Esta definição baseia-se ainda num critério subjectivo (o de bem estar), que é difícil de traduzir em termos de observação (...); mas sobrepõe este estado definido, de carácter positivo e especificamente, considerado em todos os aspectos (físicos, mentais, sociais) que ligam o Homem ao meio, ao estado negativo, de ausência de doença.” (MENDES, R. 2008)⁴

Entre os documentos internacionais que referem o bem-estar do ser humano, como um direito, encontra-se a Declaração Universal dos Direitos do Homem proclamada pela ONU a 10 de Dezembro de 1948. O seu Artigo 25º, refere que “... Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar (...).” Por outro lado, o mesmo se constata na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, nos artigos:

“Artigo 1º - Dignidade do ser humano.

A dignidade do ser humano é inviolável. Deve ser respeitada e protegida.

Artigo 3º - Direito à integridade do ser humano.

1. Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental.

Artigo 6º - Direito à liberdade e à segurança

Todas as pessoas têm direito à liberdade e à segurança.

Artigo 23º- Igualdade entre homens e mulheres

⁴ www.forumenfermagem.org

Deve ser garantida a igualdade entre homens e mulheres em todos os domínios, incluindo em matéria de emprego, trabalho e remuneração. O princípio da igualdade não obsta a que se mantenham ou adoptem medidas que prevejam regalias específicas a favor do sexo sub-representado.

Artigo 24º- Direitos das crianças

1. As crianças têm direito à protecção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar. Podem exprimir livremente a sua opinião, que será tomada em consideração nos assuntos que lhes digam respeito, em função da sua idade e maturidade.
2. Todos os actos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança.
3. Todas as crianças têm o direito de manter regularmente relações pessoais e contactos directos com ambos os progenitores, excepto se isso for contrário aos seus interesses.

Artigo 25º- Direito das pessoas idosas

A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.

Artigo 26º- Integração das pessoas deficientes”

A União reconhece e respeita o direito das pessoas com deficiência a beneficiarem de medidas destinadas a assegurar a sua autonomia, a sua integração social e profissional e a sua participação na vida da comunidade.

Igualmente, a Carta de Ottawa, elaborada aquando da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá na cidade de Ottawa, a 21 Novembro de 1986, surgiu como resposta ao crescimento das expectativas dos novos movimentos ligados à saúde em todo o Mundo. A discussão focou-se nas necessidades de saúde nos países industrializados e também em outras regiões.

Este documento revela aspectos importantes relativos à Promoção da Saúde, a saber: A Saúde, enquanto recurso para a vida de todos os dias, deve ser preocupação e responsabilidade dos sectores de saúde pública estando também relacionada com os estilos e qualidade de vida das cidades. Devem ser inibidas as diferenças nos diversos estatutos de saúde, oferecendo oportunidades e recursos iguais para todos, incluindo o acesso à informação na escolha dos serviços de saúde e dos métodos de tratamento. Saúde e bem-estar não devem ser garantidos apenas pelos sectores públicos dos

Estados. Outros sectores devem participar, nomeadamente: Organizações Não Governamentais, Organizações de voluntariado, Sectores da Vida Social e Empresarial. O papel dos profissionais e dos grupos de saúde deve ser de mediador dos vários interesses das sociedades na persecução do objectivo de atingir um estado de saúde e bem-estar para todos.

Por outro lado, estratégias e programas de promoção de saúde devem estar adaptadas às necessidades das comunidades locais, de acordo com os sistemas sociais, culturais e económicos dos países e das regiões.

A carta de Ottawa estabelece, igualmente, diversas directrizes relativamente a como deve ser feita a promoção da saúde, ao *empowerment* das comunidades, a como reorientar os serviços de saúde, à mudança para o futuro e ao compromisso com a promoção da saúde:

a) Promoção da saúde:

- ✓ A promoção da saúde deve fazer parte da política do sector público.
- ✓ Devem criar-se ambientes saudáveis, pois a própria sociedade e como esta organiza o trabalho têm consequências no ambiente, em particular aspectos como: A tecnologia; a urbanização; a produção de energia; e a conservação dos recursos naturais. Todos eles têm reflexos na saúde.

b) Acções de Força da Comunidade / *Empowerment* das Comunidades:

- ✓ Devem estabelecer-se prioridades, tomar decisões, implementar planos e estratégias para desenvolver a saúde.
- ✓ Importa a educação para a saúde, preparando as pessoas para doenças crónicas, para riscos e para outros problemas similares. Nesta tarefa, o papel das instituições é fundamental, em especial o papel da escola, da família e da comunidade do trabalho.

c) Reorientação dos Serviços de Saúde:

- ✓ Deve existir partilha de responsabilidades entre os indivíduos, os grupos, os profissionais de saúde, as instituições de serviço de saúde e o governo na promoção da saúde.

- ✓ Deve direccionar-se a promoção da saúde não apenas para a prestação de serviços clínicos e curativos, mas também para responder a outros aspectos de índole cultural.
- ✓ Deve fomentar-se a investigação, a educação e o treino dos profissionais de saúde.

d) Mudança para o Futuro:

- ✓ As sociedades devem criar condições de saúde para todos os cidadãos, atendendo as questões ecológicas.
- ✓ Os envolvidos no planeamento e implementação dos serviços de promoção de saúde devem prestar a mesma atenção a homens e mulheres.

e) Compromisso com a Promoção da Saúde:

- ✓ As condições ambientais, a má nutrição, as ocupações desregradas dos bairros e das habitações merecem atenção.
- ✓ Devem existir respostas que acabem o desigual acesso à saúde nas sociedades.
- ✓ É importante compreender que pessoas saudáveis são um recurso da sociedade.
- ✓ A saúde deve ser reconhecida como um óptimo investimento social.

II.3. A cartografia e a saúde: a necessidade de um melhor conhecimento dos fenómenos a nível espacial

A Geografia e a representação cartográfica poderão dar um contributo muito importante para a investigação nas mais variadas áreas relacionadas com a saúde. Porém sendo os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) ainda relativamente recentes, a sua aplicação prática tem incidido maioritariamente em fenómenos geográficos de cariz ambiental e de desenvolvimento do território.

Como todos os fenómenos ocorrem num dado momento ou período, num determinado local, todos são passíveis de serem cartografados. Aliando os dados que se pretendem estudar nas mais variadas áreas de investigação aos dados geográficos do território, é possível identificar padrões de concentração e de dispersão e analisá-los ao longo de diferentes períodos de tempo. Desta forma, é possível não só, identificar

pontos de foco, como também possibilitar a percepção de como se processa a difusão, permitindo assim estabelecer barreiras que permitam eliminar ou minimizar a dispersão dos fenómenos.

No caso da SIDA, não se trata de uma doença proveniente de um foco específico que se possa eliminar, uma vez que a SIDA é uma pandemia, que se difunde sobretudo devido a comportamentos de risco. No entanto, conhecendo-se os grupos e comportamentos de risco e identificados os locais no território, é possível combater esta doença através da monitorização e controlo, recorrendo a campanhas de prevenção mais direccionadas a populações específicas, em locais onde se verifique haver maior necessidade de intervenção. Para tal, os SIG poderão dar o seu contributo na operacionalização deste propósito, sendo um importante instrumento de suporte à decisão.

Os SIG tiveram o seu início em pleno século XIX, com o Dr. John Snow (Frerichs, R. 2001). Nos anos de 1853-54, a cidade de Londres estava a ser dizimada por uma epidemia de cólera e verificavam-se inúmeras mortes. Este médico e investigador tentou perceber o que poderia estar a causar tantas mortes.

Utilizando como técnica a sobreposição de vários mapas nomeadamente, o mapa da cidade, a cartografia do abastecimento de água à cidade, criando à posteriori um novo mapa onde referenciou os locais de residência dos indivíduos que tinham vindo a falecer de cólera. Esta sobreposição de mapas levou-o a concluir que as mortes estavam a ser causadas em determinados locais da cidade e percebeu que eram algumas das bombas de abastecimento de água que estavam contaminadas. A cólera estava a ser difundida através da rede de abastecimento de água da cidade. Através da análise geográfica, John Snow conseguiu localizar os pontos críticos e foi então possível proceder à fase seguinte, ou seja intervir directamente nos focos de propagação da doença. Assim, utilizando como suporte da sua investigação o mapa da cidade de Londres, John Snow, cartografou os focos, onde se verificavam mais mortes e através da análise geográfica, conseguiu identificar a causa desta epidemia.

Com este exemplo se consegue perceber a importância da cartografia como ferramenta de suporte à decisão na resolução de problemas. A utilização de ferramentas deste tipo é cada vez mais comum e aplicada às mais diversas áreas.

Actualmente verifica-se, que os SIG se aplicam a diversas áreas de investigação como refere (MACHADO, J.R.; 2000: p. 429), “investigação conduzida no sentido de aplicar estas tecnologias a um cada vez maior número de campos disciplinares”.⁵

Segundo Rui Pedro Julião (2001), a “... Geografia actual através da aplicação com sucesso, de recursos tecnológicos inovadores, nomeadamente as Tecnologias de Informação Geográfica pode contribuir para uma melhoria qualitativa do processo de decisão e gestão no âmbito do desenvolvimento regional.” Neste caso não se trata do desenvolvimento regional propriamente dito como um todo, mas da aplicação desta tecnologia à escala regional e local e que aplicada ao estudo para a prevenção da SIDA, poderá dar um contributo significativo. Através deste instrumento é possível procurar descobrir o porquê de existirem regiões mais afectadas e nesse sentido se poder prevenir o surgimento de novos casos de VIH/SIDA, com campanhas mais direccionadas a populações e a regiões mais específicas.

“O propósito fundamental dos Sistemas de Informação Geográfica é o de possibilitar uma análise das situações, tendo em consideração a interacção espacial e temporal inerente à esmagadora maioria dos fenómenos de base territorial. (...) O recurso aos SIG permite pois, processar a informação tendo em conta um novo eixo de análise: o territorial”. (JULIÃO, R.P.; 2001: p. 3). A utilização desta ferramenta no estudo da SIDA, poderá indicar novos caminhos na sua prevenção, nomeadamente através da realização de campanhas em locais onde haja maior incidência de casos. O aumento da esperança de vida da população é um objectivo político de qualquer país. Em países como Portugal é importante conhecer a evolução da esperança de vida e prever tendências futuras (SANTANA, P. 2001). A cartografia das notificações da SIDA ao nível regional poderá ajudar a levar à mudança de comportamentos e de atitudes a esta escala, bem como a uma intervenção mais eficaz e mais direccionada nos territórios onde se verificar que a doença esteja mais presente. Através de políticas públicas de intervenção regional, nomeadamente nas áreas da saúde, educação e ambiente e desenvolvimento sustentável. “... Apesar do VIH/SIDA ser mais frequente

⁵ In JULIÃO, Rui Pedro (2001) – *Tecnologias de Informação Geográfica e Ciência Regional. Contributos Metodológicos para a Definição de Modelos de Apoio à Decisão em Desenvolvimento Regional*. Tese de Doutoramento apresentada à FCSH-UNL. Lisboa.

em determinados grupos ou áreas geográficas, ele não se reduz a esses grupos e a essas áreas geográficas. A vulnerabilidade aumenta em progressão geométrica, principalmente nas áreas suburbanas dos países em desenvolvimento, mas é também um problema que se verifica em países ricos em resultado do aumento da mobilidade (imigração de países de forte incidência) e da insustentabilidade do desenvolvimento” (SANTANA, P. 2001: p. 17).

Capítulo III: A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

III. 1. O que é a SIDA?

A SIDA é uma doença provocada por VÍRUS, designados HIV1 e HIV2 (Vírus da Imunodeficiência Humana) da família dos retrovírus, são também denominados de RNA⁶ vírus, porque têm um genoma constituído por RNA simples. Como não possuem DNA⁷, que dá origem ao RNA, estes vírus invadem as células e realizam uma retrotransição através de uma enzima de nome transcriptase. Este processo transforma o RNA em DNA que se liga ao DNA das células do organismo e são então produzidas novas células de RNA virais (www.farmacia.com.pt).

Estes vírus não podem ser combatidos porque estão em mutação constante. O vírus depois de instalado no organismo, desenvolve-se e reproduz-se, invade as células do sangue (Linfócitos⁸ T4) e acaba por destruí-las. Estas células são as responsáveis pela defesa do organismo contra infecções e contra tumores. Desta forma o organismo torna-se incapaz de resistir a infecções (OLIVEIRA, A. 2007).

Os indivíduos infectados pelo VIH vão ficando cada vez mais fragilizados, pois o seu sistema imunitário torna-se incapaz de resistir e criar defesas. Numa fase evoluída da doença, qualquer infecção por mais simples que seja transforma-se num problema grave e difícil de tratar, que acaba por conduzir à morte dos indivíduos portadores do VIH.

⁶ O RNA, ou ácido ribonucleico, é uma molécula em cadeia simples, apresentando uma estrutura primária semelhante à do DNA.

⁷ O DNA (ácido desoxirribonucleico) é o suporte universal da informação genética que define as características de cada organismo vivo.

⁸ Linfócitos: a célula principal do sistema linfático. Classificam-se em linfócitos B (que produzem anticorpos) e linfócitos T (que ajudam o corpo a distinguir o próprio do alheio).

III. 2. As vias de transmissão da SIDA

O objectivo deste trabalho como já foi referido é demonstrar a importância da análise espacial com base na utilização dos SIG enquanto ferramenta de suporte à decisão na implementação do estudo da prevenção da SIDA e não de estudar a doença propriamente dita. No entanto apesar de já haver muita informação disponível e acessível sobre as vias de transmissão do VIH/SIDA, não será demais relembrar também neste estudo algumas informações sobre as formas de propagação desta pandemia. Constatou-se durante a pesquisa que foi efectuada bem como através de conversas, com diversas pessoas, tanto na área da saúde e não só, haver ainda muito desconhecimento, senão mesmo ignorância, quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA.

Há muita informação disponível na internet, o que poderá ser importante para pessoas que se sintam inibidas em fazer perguntas acerca deste tema, as respostas estão para muitos ao alcance de um clique no rato de um computador. O facto é que isto nem sempre acontece e muitas pessoas continuam a pensar que o VIH/SIDA, não é assim tão fácil de se transmitir. Infelizmente, ainda há muito, a ideia de que “só acontece aos outros”, mas o certo é que a doença continua a propagar-se silenciosamente. Assim nunca será demais referir em qualquer estudo que faça alusão a esta doença quais as vias de transmissão, pois “*mais vale prevenir que remediar*”.

A principal forma de transmissão do VIH é por via sexual, sendo que todas as secreções sexuais de uma pessoa infectada podem, com grande probabilidade transmitir o VIH, sempre que exista uma relação sexual com penetração – anal, vaginal ou oral – sem preservativo. Este risco será ainda maior se os indivíduos na altura da relação tiverem alguma outra infecção, nomeadamente úlceras, gengivas inflamadas, garganta irritada ou sangramento das gengivas.

A partilha de utensílios como, seringas, escovas de dentes, lâminas de barbear ou qualquer outro material cortante, com uma pessoa portadora de VIH são outra forma de transmissão, que deve ser tomada em consideração.

Outras formas de transmissão do VIH neste caso de mãe para filho podem acontecer durante a gravidez, no parto e durante o período de amamentação.

Toda esta informação se encontra disponível no portal da saúde, em (www.min-saude.pt/portal).

III. 3. SIDA – doença tabu – A mudança de mentalidades

Como já foi referido anteriormente, a SIDA foi sempre relacionada a grupos desfavorecidos da sociedade, nomeadamente, toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis (UDI) e a homossexuais. Actualmente e apesar desta teoria, ter praticamente caído por terra, ainda há um certo pudor em falar abertamente desta doença, e estes grupos continuam de alguma forma a sentirem-se estigmatizados pela sociedade em geral. Apesar de tudo, nota-se que há mais informação e mais abertura para falar sobre o VIH/SIDA, mas ainda há muita hipocrisia. No entanto, a evolução relativamente à mudança de mentalidades, tem sido positiva.

Para procurar identificar esta evolução ao longo dos anos, desde o surgimento desta doença, fez-se uma breve pesquisa sobre o tema, em algumas enciclopédias dos anos 80 do século XX, até a anos mais recentes. Assim, passados vinte e cinco anos desde o aparecimento do primeiro caso de SIDA em Portugal (1983), procurou-se perceber como foi abordada e encarada esta doença tabu, pela sociedade ao longo deste período.

Na enciclopédia Portuguesa-Brasileira, da Editorial Lisboa, publicada em 1986, a entrada em SIDA1, refere-se à área da botânica, e indica *sida*, como um género de malváceas, que é um tipo de arbusto, na área da zoologia, indica que *sida strauss*, é um tipo de crustáceo da família dos sidídeos. A entrada em SIDA2, refere que *sida*, é um nome utilizado nas escrituras birmânicas, a seres possuidores de uma pureza perfeita e de poderes sobrenaturais. Apesar desta enciclopédia ser de 1986, verifica-se que não há qualquer relação com SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

No entanto, no volume de actualização desta enciclopédia de 2002, está referido na entrada em SIDA, “Doença provocada por um retrovírus que foi identificado em 1981, tendo o vírus sido isolado pela primeira vez no Instituto Pasteur, em França (...). Este retrovírus ataca os glóbulos brancos, dos quais depende o sistema imunitário e pode ter um período de incubação de vários anos.”, (p. 527). É ainda feita referência ao

modo de propagação da doença, aos sintomas iniciais “... numa primeira fase a doença é semelhante a uma gripe normal” (p.528). Mais à frente pode ler-se “... a profilaxia é fundamental para combater a SIDA. Uso consciencioso de material clínico passível de infecção, selecção dos lotes para transmissões de sangue, sexualidade responsável e sobretudo o uso do preservativo. (...) futuros tratamentos irão estar orientados para a vacinação ou para o desenvolvimento de produtos que actuem sobre o metabolismo do vírus, provocando uma imunidade natural.” (p.528). Esta obra refere ainda que as primeiras descrições clínicas da SIDA, datam de 1970, e foram diagnosticadas como doenças pulmonares.

Na enciclopédia Lexicoteca de Maio de 1987, editada pelo Círculo de Leitores, a referência à palavra SIDA, ou melhor sigla, remete o leitor para AIDS. A ausência de uma entrada na enciclopédia, em SIDA, poderá à partida, ser um indicador de falta de informação, ou seja provavelmente nesta altura seria mais usada a denominação Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), dado que a doença foi detectada inicialmente nos Estados Unidos da América (E.U.A.), como tal, AIDS era o termo mais utilizado.

Voltando ainda à enciclopédia Lexicoteca, na entrada AIDS, a definição indica que é uma doença “gay”, confirmada em 1981, pelo Centro de Doenças de Atlanta. É referida como uma doença que afecta o sistema imunológico, “detectada em grupos muito específicos da população: Homossexuais masculinos que mudam constantemente de parceiro (70%), Drogados que se injectam (17%), Haitianos⁹ (4%) e Hemofílicos (1%). Crê-se que seja uma doença contagiosa, transmitida por via sanguínea ou por contacto sexual, e o agente causal é, provavelmente, um vírus.”

No primeiro volume de actualização desta enciclopédia, datado de Setembro de 1988, SIDA passou a constar na letra S. A definição de SIDA, refere então que 6% da população de África, se encontrava contaminada, e que nos E.U.A. em cinco anos, a doença se tinha manifestado em 22000 pessoas, das quais 12000 já tinham morrido. Sabia-se nesta altura que na Europa existam 2500 infectados dos quais 700 casos, eram em França.

⁹ Os haitianos ficaram referenciados como um grupo, pelo facto de alguns dos primeiros casos de SIDA identificados nos E.U.A., serem de indivíduos provenientes do Haiti.

A enciclopédia Luso-Brasileira, foi editada pela Verbo em 1975, como tal nesta altura não havia qualquer referência à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. No entanto em 1986, o volume de actualização desta enciclopédia, indica o que significa o vocábulo SIDA e refere que “segundo o NIH-AIDS Working Group e CDC (Center of Disease Control) dos E.U.A., a definição clínico-laboratorial desta doença, como anormalidades laboratoriais da seguinte lista: emagrecimento, febre, diarreia, fadiga, suores nocturnos/diminuição dos linfócitos Th (T auxiliares), (...) anemia, diminuição da resposta linfocitária a mitogénios, alergia cutânea a testes cutâneos, nível elevado de imunocomplexos circulantes. (...) Os primeiros casos de SIDA foram descritos nos E.U.A. nos fins de 1970. (...) Em Junho deste ano iniciou-se nos E.U.A. um programa de vigilância que detectou até fins de 1983, 1000 casos de SIDA e, até ao início de 1984, 3000 casos. O crescimento exponencial de SIDA verificou-se não só nos E.U.A. mas também na Europa. Aqui os primeiros casos foram referidos em França e Países Baixos e hoje estende-se a toda a Europa, África, Médio Oriente, Austrália, Japão, etc. A SIDA tem atingido principalmente homossexuais, drogados (grau IV) haitianos e hemofílicos, que são considerados indivíduos de alto risco. (...) A explosão da SIDA, é um problema de saúde pública grave, que exige em cada país campanhas de alerta geral dirigidas à população, em particular para os grupos de alto risco. Os casos suspeitos deverão ser encaminhados para centros hospitalares com equipas esclarecidas sobre SIDA, e os estudos imunológicos realizados por laboratórios de imunologia especializados. Deverá evitar-se histeria colectiva, mas as autoridades sanitárias de cada país têm que assumir a responsabilidade do esclarecimento da população, da educação sanitária profissional e da orientação dos casos declarados e dos grupos de alto risco.”(p.1402).

Os termos utilizados nas duas últimas enciclopédias referidas, bem como a forte associação da doença a grupos de risco, indicam que a SIDA, era considerada nesta altura, discriminatória, pois era relacionada automaticamente a indivíduos com comportamentos considerados fora do normal, nomeadamente os utilizadores de drogas injectáveis e os homossexuais, como referido anteriormente. A SIDA era portanto uma doença com uma conotação extremamente negativa, tratando-se de um tabu para a sociedade. Não se falava abertamente da doença, era um tema não grato e do qual se evitava falar. Actualmente os utilizadores de drogas são denominados de “toxicodependentes”, no entanto em ambas as enciclopédias estes indivíduos são

denominados “drogados”, reforçando ainda mais a conotação negativa associada à SIDA. Outra curiosidade é a referência em ambas as obras, aos haitianos como um grupo de alto risco. Este grupo ficou referenciado pelo facto de alguns dos primeiros casos de SIDA, identificados nos E.U.A., serem detectados em indivíduos provenientes do Haiti.

Ainda é comum associar a SIDA, a grupos de risco, nomeadamente, aos toxicodependentes (UDI), homossexuais e a indivíduos que praticam prostituição. No entanto, ao longo dos anos tem-se vindo a verificar que esta doença afecta principalmente indivíduos com comportamentos considerados de risco, que vão integrar os denominados “grupos de risco”, por estarem à partida mais expostos ao contágio, mas a luta contra esta doença não se restringe apenas a estes indivíduos, mas a toda a população.

Actualmente, a população está mais informada acerca da infecção VIH/SIDA e esta já não é considerada um tabu. É uma doença silenciosa e que pode demorar algum tempo até se tornar evidente, daí a importância na consciencialização desta epidemia, como uma doença que pode afectar qualquer indivíduo, independentemente da idade, raça ou sexo, e portanto ser mais difícil controlar a sua difusão.

Curiosamente, a definição de 1986 da enciclopédia Luso-Brasileira, faz uma referência à importância da actuação das autoridades sanitárias de cada país no combate a esta pandemia. No entanto passados 22 anos constata-se que há ainda muito para fazer a este nível.

Notícias sobre SIDA

Aparecem diariamente nos jornais, na televisão e na internet, notícias sobre a SIDA, a doença está espalhada por todo o Mundo. Os parágrafos seguintes ilustram um pouco o que se passa actualmente. São notícias retiradas dos sites da Agência Lusa e TSF, bem como da imprensa diária.

O jornal Público, noticiou a 8/07/2008 que, na “Índia os casos de VIH são metade dos estimados”. As estimativas apontadas pelo Governo eram de 5,2 milhões de infectados, e as da ONUSIDA eram de 5,7 milhões. No entanto após as novas estimativas feitas com o apoio da ONU, verificou-se que, o número de pessoas

infectadas era entre 2 e 3,1 milhões. “Pensava-se que a Índia era o país com maior número de seropositivos, mas, afinal, estará abaixo da África do Sul e da Nigéria.”

Em Agosto de 2007, o Público referiu que “Imigrantes e minorias étnicas têm acesso difícil a tratamentos para a sida.” Esta notícia indica que um dos factores será a falta de cumprimento da legislação vigente pelos serviços de saúde, que prevê o acesso aos serviços de saúde por imigrantes, outro factor será “o medo que existe entre os imigrantes em serem considerados pelos portugueses como responsáveis pela epidemia em Portugal, uma vez que se regista maior incidência de VIH nestas comunidades”.

A 9 de Setembro de 2007, o Público refere a rede de apoio aos portadores de VIH/SIDA, tem o serviço limitado a Lisboa e Porto. Muitas das pessoas infectadas com o vírus acabam por ser de alguma forma discriminadas pela sociedade e portanto necessitam de maior apoio social. O problema é a falta de meios quer humanos quer materiais por parte das organizações, para conseguirem prestar auxílio a muitas dos doentes.

No jornal Destak de 21 de Novembro de 2007, numa notícia relativa ao centro criado em Odívetas para o VIH/SIDA, é referida a incapacidade da prestação de apoio domiciliário aos doentes, por falta de meios. É também referido que quem mais procura este serviço de apoio e de prestação de informações, são sobretudo mulheres activas, entre os 25 e os 40 anos de idade, que por alguma razão, nomeadamente familiar, se viram obrigadas a lidar com portadores da doença.

A Agência Lusa noticiou em Maio de 2008, “ Por cada pessoa em África com VIH/SIDA que inicia um tratamento anti-viral, outras quatro a seis são infectadas pelo vírus” revelado na altura por um relatório do Banco Mundial.

No site da TSF (<http://tsf.sapo.pt>) encontram-se também várias notícias, nomeadamente uma de 19 de Dezembro de 2008, que refere que após legislação nesse sentido, os noivos muçulmanos irão passar a realizar o teste do VIH antes de casarem. *“No próximo ano, os noivos muçulmanos terão de efectuar uma análise para detecção do vírus da SIDA (VIH, vírus da imunodeficiência humana) como parte do processo pré-matrimonial, adiantou, esta sexta-feira, o vice-primeiro-ministro da Malásia. O número de contágios por VIH na Malásia aumentou de 1,2% por ano, em 1990, para 16%, em Dezembro de 2007. Se esta tendência se mantiver a Malásia poderá ter 300.000 pessoas infectadas com o HIV antes de 2015.”*

A 1 de Dezembro de 2008, Dia Mundial da Luta Contra a SIDA, a TSF noticiou um estudo realizado pela Universidade Católica relativo ao conhecimento da população portuguesa sobre esta doença, em que foram entrevistadas 603 pessoas. O cabeçalho desta notícia refere “Os Portugueses continuam mal informados sobre o vírus VIH/SIDA.” Como algumas conclusões deste estudo a notícia refere que “para além de não conhecerem os riscos da SIDA, são muitos os portugueses que recusam fazer a despistagem da doença”. É importante realçar que “metade dos inquiridos tem vergonha de fazer os testes de diagnóstico à Sida. Em 80 por cento dos entrevistados, a doença é associada ao medo, muitos preferem não ir ao médico por temerem ser confrontados com eventuais resultados positivos. (...) é considerada a segunda doença mais problemática, a seguir ao cancro, mas a maioria dos portugueses desconhece quais os principais comportamentos de risco.” Esta notícia refere ainda que, muitos dos entrevistados associam o risco de contrair a doença à falta do uso de preservativo, contudo apenas 14% considera como um comportamento a evitar “as relações com vários parceiros”. Este estudo segundo a TSF, refere que 93% dos entrevistados consideram que os doentes com SIDA continuam a ser discriminados em Portugal.

Capítulo IV: Comportamentos

A relação entre o espaço físico ou o Meio, e o ser humano é a condicionante mais importante para que em locais específicos aconteçam determinados comportamentos. Ou seja, o Meio influencia o ser humano e vice-versa.

O ser humano aprende e apreende o que o rodeia sobretudo por imitação. Desde o seu nascimento, é através da observação e dos restantes sentidos que vai desenvolvendo e apreendendo tudo o que o rodeia. Um ser humano adulto, é um somatório daquilo que viu e aprendeu ao longo da sua vida e continuará a aprender até que a morte chegue. Todo este universo é vasto, porque dele também fazem parte os genes, o meio social e familiar onde se insere, bem como o ambiente que o rodeia, as experiências e as vivências e, que para cada um, será diferente. O que se pretende afirmar, é que o ser humano é um ser que imita, que repete o que apreendeu, o que pode ser positivo ou negativo para a formação de cada indivíduo, enquanto um ser social.

É portanto, um ser influenciável, no bom sentido da palavra, por diversos factores, nomeadamente, o ambiente que o rodeia, a família, o meio social onde se insere, seja no trabalho ou no núcleo de amizades e de conhecimentos, bem como pela sociedade em geral e claro pelos media.

Todos estes factores contribuem para a sua forma de estar na vida e para as suas atitudes. “Diversos autores entendem a noção de “atitudes” como uma estrutura tridimensional, que integra as componentes, cognitiva (julgamentos e crenças), afectiva (sentimentos favoráveis ou desfavoráveis) e comportamental (tendência para determinada acção). Nesse sentido, podem-se considerar as atitudes como uma forma de motivação social, que impulsiona e orienta certas acções, para tentar obter determinadas metas pré-definidas.” (AREOSA, J., 2007: p. 1).

Ao longo da sua vida e do meio onde se vai inserindo, bem como da informação que vai acumulando o ser humano pode ir alterando com a sua vivência a sua forma de estar e de actuar na vida. “As atitudes não são imutáveis no tempo, nem se aplica na formulação do seu conceito as ideias de homogeneidade e de coerência. As atitudes variam através de aspectos individuais ou de grupo, embora possam ser determinadas ou influenciadas por condições sociais, simbólicas e culturais (AREOSA, J., p 2)”.

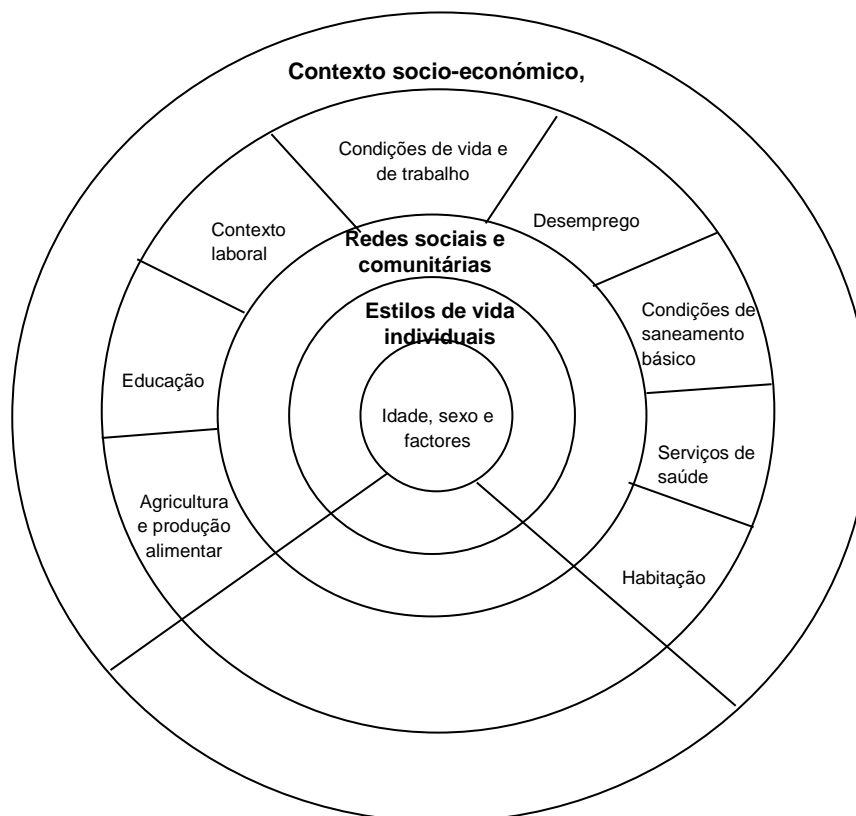
Num estudo realizado em Portugal sobre a saúde e a doença verificou-se, que as atitudes variam mediante o género, a idade, a escolaridade, o estatuto profissional e os rendimentos (CABRAL, 2003).

“As sociedades ocidentais têm tentado tornar a vida dos seus membros mais segura e saudável, mas na realidade as pessoas sentem-se expostas, actualmente, a riscos mais graves do que no passado. Esta situação decorrerá, por exemplo, pela melhoria dos canais de informação e de comunicação. Contudo, esta massificação da informação pode originar diferenças significativas na forma de compreender e interpretar as situações de risco”(AREOSA, J., p 2). No entanto há formas de levar as pessoas a mudar de comportamentos, e a melhor forma é certamente fornecer informação. As pessoas têm liberdade, ou devem tê-la para fazer as suas escolhas, o combate à prevenção da SIDA, pode ser entendido de certa forma como “entrar na intimidade de cada um e invadir o seu espaço”, na medida em que se chama à atenção para a forma de estar e para os comportamentos dos indivíduos. Quanto mais informadas estiverem as pessoas melhor serão com certeza as opções que poderão realizar, pois serão escolhas conscientes e inteligentes. O acto de informar é também o

demonstrar, que a liberdade dessa escolha, tem de ser tomada numa atitude consciente. Mas para haver uma atitude consciente, é necessário haver mais informação e conhecimento. Só então se pode considerar que a escolha é livre. A forma de actuar perante esta doença é difícil, é necessário mudar atitudes, mentalidades e comportamentos, não se trata apenas do combate ao vírus. “... O VIH/SIDA é, e continuará a ser, na sua essência, uma patologia comportamental”, (SANTANA e outros, 2001: p. 18). Entrar na privacidade das pessoas, poderá ser um processo complicado, porque a liberdade dá a cada indivíduo o acesso às suas escolhas, às suas opções. Não se pode entrar neste campo de ânimo leve, seria como apontar dedos, efectuar julgamentos tendenciosos e actualmente as sociedades desenvolvidas “não permitem” estas situações, porque felizmente existe liberdade para fazer escolhas.

Existem alguns modelos que foram desenvolvidos no sentido de se identificar os principais determinantes (sociais e individuais) para o potencial de saúde dos indivíduos e a sua influência na saúde. Um desses modelos foi construído por Dahlgren (1995) e pretende identificar os principais determinantes (Figura 2). Por ser reconhecida a importância dos contextos de enquadramento dos cidadãos nas últimas décadas têm-se vindo a adoptar padrões de vida mais saudável.

Figura 2 - Modelo de Dahlgren – Principais determinantes na saúde



Este modelo dá um grande protagonismo às variáveis de enquadramento social do indivíduo (contexto socio-económico, cultural e ambiental, e todas as variáveis que este abarca, redes sociais comunitárias, etc.), assumindo que os estilos de vida individuais têm obrigatoriamente uma marca indelével deixada pelas várias instâncias de socialização prévia (RATO, H. et al 2008: p.15).

IV.1. A adolescência e os comportamentos de risco

É durante a adolescência, que se adquirem muitos hábitos e por vezes, novas formas de comportamentos e de saber estar na vida. Os jovens nesta fase da vida começam a tornar-se mais independentes dos pais, a terem também mais liberdade e novos círculos de amigos. É na escola que passam talvez a maior parte do seu dia, e será aqui que poderão adquirir novos hábitos. Segundo (RODRIGUES, V. 2003), muitos hábitos comportamentais no que diz respeito à saúde começam na adolescência, nomeadamente, a actividade sexual, hábitos alimentares, a prática de exercício físico, o consumo de produtos tóxicos e a condução de veículos. É necessário referir, que muitos dos atributos psico-sociais que desencadeiam ocorrências de comportamentos relacionados com a saúde, são adquiridos ou consolidados durante a adolescência.

A adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas é também um período crítico para intervenções significativas na promoção da saúde e de comportamentos saudáveis. A Organização Mundial de Saúde, faz referência a algumas alterações relativas a problemas de saúde na adolescência, nomeadamente, a alteração ao nível de valores sociais e morais, que aumentam o risco de gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a acessibilidade em termos de aquisição de álcool, tabaco e drogas ilícitas, e os hábitos alimentares, (RODRIGUES, V. 2003).

IV.2. As atitudes comportamentais face a problemas locais

“Uma cidade saudável é, uma cidade que continuamente cria e desenvolve os seus ambientes físico e social e expande os seus recursos comunitários, de forma a

permitir um mútuo e contínuo suporte entre diferentes grupos da população.” (OMS, 1999)

Participação Activa da Comunidade

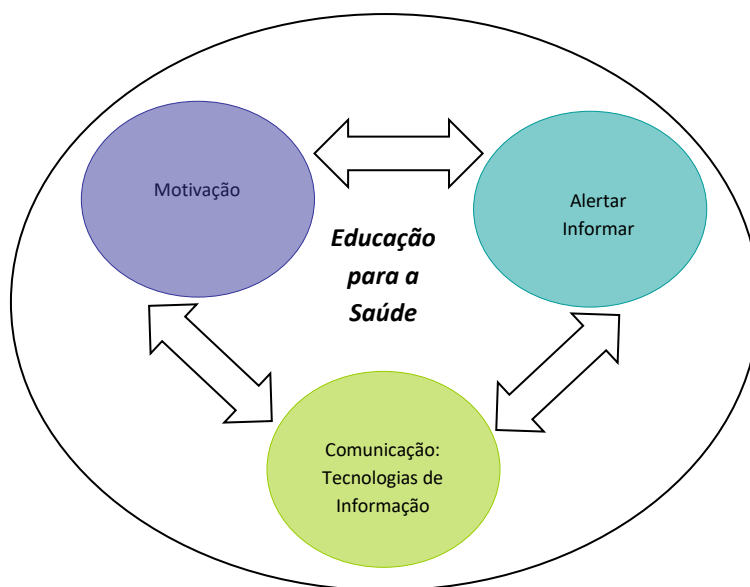
A participação efectiva nos processos e estratégias promotoras da saúde irão permitir que cada indivíduo e que cada comunidade, possuam um elevado grau de controlo sobre a sua vida e saúde. Para tornar as populações mais activas nos seus processos de saúde é necessário criar condições (NAVARRO, 1995).

O aspecto mais importante para a promoção da saúde é a participação activa da população/comunidade – *empowerment*. (TONES, 1995).

Os processos de implementação da Agenda 21 Local, poderão ser neste sentido um bom veículo dinamizador da participação activa da população, neste caso aplicado à saúde. Pena é que a Agenda 21 Local, ainda não esteja aplicada à maioria dos Concelhos portugueses. O envolvimento das comunidades, é sem dúvida uma das melhores formas de unir esforços e formar ideias para encontrar resoluções para os problemas locais. (Compromissos de Aalborg, 2004)

Os estilos de vida e comportamentos, constituem variáveis importantes no processo de saúde/doença de cada indivíduo ou comunidade. A educação para a saúde é cada vez mais considerada como uma estratégia essencial para a promoção da saúde. Facilitando a aprendizagem de comportamentos de educação para a saúde, contribui-se para a sua promoção e ao mesmo tempo, introduzem-se as cinco estratégias da carta de Ottawa que estabelecem: as políticas de educação; o desenvolvimento de atitudes e de recursos individuais; o reforço de acção da comunidade; criação de um caminho favorável para a saúde; reorganização dos serviços de saúde, (RODRIGUES, V. 2003).

Figura 3: Modelo para a promoção da saúde



O facto de que actualmente as principais causas de morte em Portugal, se devem sobretudo a hábitos comportamentais, nomeadamente, o consumo de tabaco, o abuso de álcool, a prática de dietas não muito saudáveis, a toxicodependência e falta de actividade física, tornam-se indicadores e mostram a importância da valorização estratégica de actividades para a promoção da saúde e da prevenção da doença.

O modelo de Rodrigues (Figura 3), foi utilizado para demonstrar como deve ser feita a promoção da saúde junto de jovens em risco, nomeadamente com problemas devido ao consumo de drogas, de inserção social na sua comunidade, e outros problemas mais ou menos comuns a adolescentes e jovens. O modelo é composto por três elementos, que se explicam de seguida: Motivação técnica, sobretudo para a formação de atitudes a combater e clarificação de valores; Alertar/informar para situações que preocupam os jovens em situações críticas; Comunicação, com recurso às de tecnologias de informação. Aplicando este modelo de RODRIGUES ao estudo da prevenção da SIDA, podemos considerar que o caminho para a educação para a saúde, neste caso, passa pela introdução de comportamentos mais saudáveis ou mais conscienciosos, no quotidiano dos indivíduos, no sentido da prevenção da SIDA. Como se pode observar, são três os factores que contribuem para a educação para a saúde.

Assim:

1º Motivar os técnicos de saúde através de mais e melhores recursos quer humanos, quer materiais, para que desta forma estes profissionais se possam sentir como um veículo de extrema importância, para a educação das populações com quem interagem.

2º Criar estratégias de alerta e de informação para que as populações possam ter um maior conhecimento, quanto à causa/origem, neste caso da SIDA, e das suas consequências, e neste sentido poderem mudar os seus comportamentos.

3º A comunicação com recurso às tecnologias de informação, serão sem dúvida um veículo privilegiado para chegar mais perto e mais rapidamente às populações alvo. Neste ponto poderão estar englobadas as tecnologias de informação geográfica.

Capítulo V: A SIDA no Mundo

O Mapa da página 32 (Figura 4), mostra a distribuição no Mundo, de 33 milhões de pessoas infectadas com o vírus VIH, em 2007. Os valores são apresentados em percentagem e conforme se pode observar a maior concentração de casos verifica-se por todo o continente africano sendo a maior incidência sobretudo nos países mais a Sul. No Norte da Ásia registam-se valores de indivíduos infectados, entre 1% a 5% da população. A maioria dos países da América do Sul, alguns dos estados dos E.U.A. e a Península Ibérica, apresentam valores entre 0,5% até < 1%. Observando os mapas evolutivos da doença entre 1990 e 2007, verifica-se que foi sobretudo no continente africano, a Europa de Leste e Norte da Ásia que o aumento de indivíduos infectados foi mais significativo.

Países com desigualdades de desenvolvimento

SIDA e pobreza alimentam-se e reforçam-se mutuamente. A pobreza de massas resulta sobretudo de um grave subdesenvolvimento económico e social (Atlas da Globalização 2003).

No início dos anos 90, as estimativas indicavam que em 2001, 9 milhões de africanos estariam infectados com o vírus da SIDA e que cerca de 5 milhões de pessoas

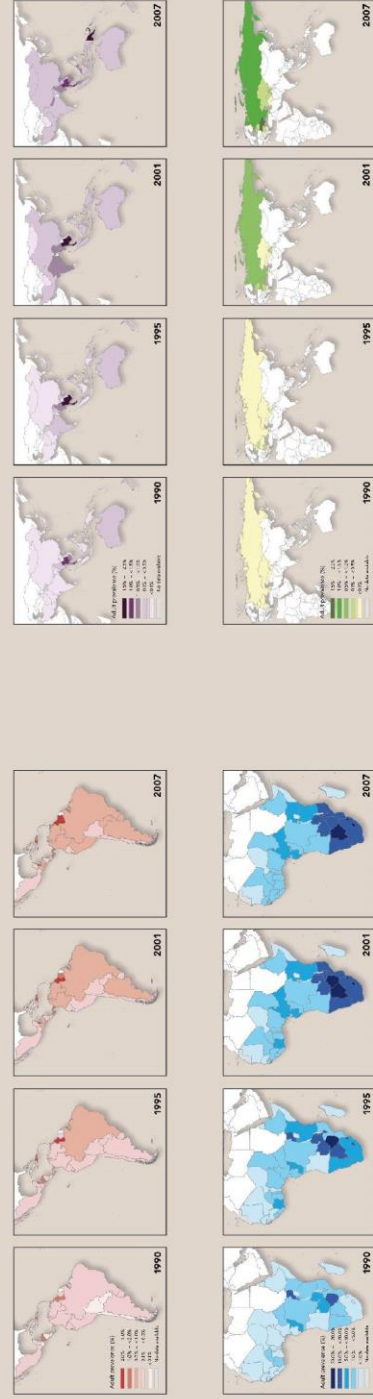
morreriam com o VIH. No entanto em 2002, veio a verificar-se que a realidade foi muito mais catastrófica: 42 milhões de pessoas infectadas em todo o Mundo das quais, 29,4 milhões de africanos, e 3,1 milhões de mortos sendo 2,4 milhões oriundos de países africanos (Atlas da Globalização 2003).

Segundo o Relatório da Epidemia da SIDA no Mundo em 2006, publicado pela UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), existiam no mundo 39,5 milhões de pessoas infectadas pelo VIH. No ano de 2006, registaram-se 4,3 milhões de novos casos de infecções, sendo 2,8 milhões na África Subsaariana. Na Europa de Leste e Ásia Central, segundo o mesmo relatório, existem indícios de que a infecção continua a crescer a um ritmo de cerca de 50% desde 2004.

Países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento

Segundo o Relatório da Epidemia da SIDA no Mundo em 2006, publicado pela UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), as taxas de novas infecções têm vindo a aumentar em países onde os índices da doença se encontravam estáveis ou a diminuir. Outro aspecto importante a realçar é o facto de se verificar a diminuição de taxas de novas ocorrências de VIH em países, onde se registam melhorias no comportamento sexual dos jovens. A UNAIDS, refere que a prevenção resulta, quando é focalizada, pois os novos dados transparecem que os programas adaptados a quem está em maior risco estão a dar resultados nesse sentido. “... É imperativo continuar o aumento do investimento tanto na prevenção do VIH como nos serviços de tratamento, para reduzir mortes desnecessárias e doenças relacionadas com esta epidemia.” (OMS, 2007).

As conclusões do referido documento alertam para a importância de conhecer a epidemia nos países e perceber os motores dessa epidemia a fim de se poder dar uma resposta à SIDA a longo prazo. Neste sentido, as acções a empreender podem aumentar exponencialmente mas devem ser estratégicas, focalizadas e sustentáveis. (UNAIDS, 2007).

[illegible]

To calculate the adult HIV prevalence rate, the estimated number of adults (15-49) living with HIV in 2001 was divided by the 2001 population (aged 15-49).

Depending on the reliability of the data available, issues in focus or less certainty surrounding any one estimate. Therefore, we present ranges, rather than point estimates. In order to bound the more uncertainly based estimates, we use the coverage of the country's variable. The extent of uncertainty depends partly on the type of endpoint, and two main considerations are the country's surveillance system and the parallelization system, whether or not a population-based survey with HIV testing was conducted. A full description of the methods used to develop a weekly incidence can be found in *Socially Determined Infection* 2008, 14:150.

These estimates are the product of UNAIDS/WHO. The estimates have been prepared with national AIDS programme data for males and females, but are not necessarily the official estimates used by national governments.

The designations employed and the presentation of the material in this report, including tables and charts, are those of the country or countries concerned. The designations employed and the presentation of the material in this report, including tables and charts, are those of the country or countries concerned. The designations employed and the presentation of the material in this report, including tables and charts, are those of the country or countries concerned.

Source: NAB Register on the Global A2E equivalent, July 2018 (BAGS).

Capítulo VI: Mecanismos e Acções de Prevenção / A SIDA em Portugal

VI:1.Obrigatoriedade da Notificação e Políticas Públicas

A obrigatoriedade da notificação do VIH é muito recente, por aqui se pode verificar, que ao nível das políticas públicas há ainda um grande caminho a percorrer. Apenas a partir do ano 2005, é que a SIDA passou a integrar as doenças de declaração obrigatória, no entanto os dados mais antigos desta doença registados em Portugal são de 1983. Foi através da Portaria n.º 258/2005, de 16 de Março, portanto há quase quatro anos que passou a ser obrigatória a declaração desta doença, conforme se refere nos artigos indicados:

1º A infecção pelo VIH passa a integrar a lista de doenças de declaração obrigatória (...).

2º A declaração é obrigatória aquando do diagnóstico em qualquer estado da infecção por VIH, de portador assintomático (PA), complexo relacionado com a sida (CRS), e sida, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou óbito.

3º É aprovado o modelo de folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da infecção por VIH (...).¹⁰

Acerca do PNAAS

A Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 91/2008, de 4 de Junho de 2008, designada de PNAAS (Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde), refere: "... A protecção do ambiente e da saúde constitui um dos maiores desafios que se colocam à sociedade moderna, assumido que é o compromisso de salvaguarda da equidade entre gerações, assente num modelo de desenvolvimento sustentável. Considerando a correlação evidente entre ambiente e saúde, torna-se necessária uma melhor compreensão das relações causa-efeito entre os factores ambientais e os respectivos efeitos na saúde humana. Na linha das recomendações e princípios orientadores preconizados no âmbito da Organização Mundial de Saúde e de vários planos e programas comunitários, nomeadamente o Sexto Programa Comunitário de Acção em

¹⁰ Figura 1 (página 6)

matéria de Ambiente (2002 -2012), o Programa de Acção Comunitário no Domínio da Saúde Pública (2003 -2008) e o Plano de Acção Europeu Ambiente e Saúde 2004 - 2010, o Governo reconhece a necessidade de desenvolver um Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (PNAAS).”

Este documento estratégico refere ainda: “... O PNAAS visa o aprofundamento do conhecimento, a sistematização e integração de informação dispersa, o reforço da investigação e identificação das questões emergentes, o enfoque na prevenção, controlo e redução de riscos, a concertação e a adequação de políticas por domínio prioritário, o aumento da sensibilização, consciencialização, formação e educação dos profissionais e da população em geral, bem como a articulação robustecida com as iniciativas internacionais em matéria de ambiente e saúde. O contributo dos municípios no âmbito da implementação do PNAAS revela -se decisivo, dado que corporiza uma aposta clara no processo de descentralização de competências e na consideração dos mesmos como parceiros do Governo na definição das políticas públicas de ambiente e saúde.”

O Plano define como principais objectivos:

- i)* intervir ao nível dos factores ambientais para promover a saúde do indivíduo e das comunidades a eles expostos;
- ii)* sensibilizar, educar e formar os profissionais e a população em geral, por forma a minimizar os riscos para a saúde associados a factores ambientais;
- iii)* promover a adequação de políticas e a comunicação do risco;
- iv)* construir uma rede de informação, que reforce o conhecimento das inter - relações ambiente e saúde.

Das 74 páginas, que compõem este documento de planeamento e acção com um nível de actuação ao nível dos Concelhos, verifica-se que não há qualquer referência no sentido da prevenção do VIH/SIDA. No entanto, este plano foi concebido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Desenvolvimento Regional, com a colaboração de outros Ministérios conforme indicado na referida RCM.

É pena que sendo este plano de acção tão recente e ainda por cima ter a intervenção directa destes dois ministérios, e sabendo que as estratégias, quando aplicadas ao nível local são bastante eficazes, não haja qualquer referência ao

VIH/SIDA. Ainda mais sabendo-se que a luta contra a SIDA está contemplada nos objectivos do Milénio e no Programa do actual Governo. Este plano elaborado já no século XXI, vem reforçar a ideia de que as políticas públicas de combate à SIDA são muitas vezes tardias, por parte das autoridades governamentais. No PNAAS, são apenas considerados problemas de saúde que possam ser provocados ou influenciados por factores ambientais. Contudo neste plano o urbanismo, o espaço construído é também considerado como um dos domínios. Neste sentido, poderiam ter sido perfeitamente englobados, problemas de saúde de âmbito comportamental nomeadamente nos jovens.

O PNAAS, é constituído por cinco Vectores de Intervenção, a saber:

Vector I — Integração de Informação e Investigação Aplicada;

Vector II — Prevenção, Controlo e Redução de Riscos;

Vector III — Informação, Sensibilização, Formação e Educação;

Vector IV — Concertação de Políticas e Comunicação do Risco;

Vector V — Articulação com as Iniciativas Internacionais de Ambiente e Saúde.

Cada vector, contempla várias Acções programáticas, definidas com um horizonte temporal, e um domínio específico. Em algumas, destas acções, poderia perfeitamente ter sido englobado o problema da SIDA, nomeadamente nas que se indicam de seguida: a Acção I.13 incluída no Vector I, relativa ao “Estudo da influência de espaços verdes urbanos e equipamentos de desporto/lazer na adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis: Identificar as características dos espaços verdes e equipamentos de desporto e lazer que mais contribuem para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e desenvolver orientações quanto às características dos mesmos”, em que o domínio é o espaço construído. Aqui poderia ter sido considerada no âmbito de espaços, os estilos de vida e comportamentos da população em geral, mas sobretudo dos jovens. Ainda no vector I, a Acção 1.16 “Criação de Sistema de Indicadores Ambiente e Saúde: Definir um sistema de indicadores de Ambiente e Saúde e criar mecanismos para a sua actualização permanente”. E na Acção I.18 “Criação de Rede de Informação Ambiente e Saúde dirigida a profissionais: Constituir uma Rede de Informação Ambiente e Saúde, acessível aos grupos profissionais interessados.” Através de algumas medidas

operacionais poderia ser aqui introduzidos aspectos relacionados com a prevenção e controlo do VIH/SIDA.

No Vector II - Prevenção, Controlo e Redução de Riscos, a Acção II.5” Planos Locais de Acção em Habitação e Saúde: Desenvolver a matriz para Planos Locais de Acção em Habitação e Saúde e a metodologia para a sua implementação por Municípios interessados.” Seria muito interessante neste vector relativo à prevenção e controlo e redução de riscos haver medidas que de alguma forma pudessem contribuir para a informação da população e poder contribuir para o estudo da prevenção da SIDA.

Relativamente aos vectores III, IV e V, já acima discriminados, nem será necessário referir medidas de acção específicas pois por si só o nome destes três tópicos de intervenção, são indicadores da importância que poderiam ter para a sensibilização, controlo e articulação de políticas públicas ao nível europeu e internacional.

Assim, mais uma vez se vem reforçar a ideia de que apesar de haver um conhecimento desta doença de mais de vinte e cinco anos, as políticas públicas continuam a ser pouco interventivas e muitas vezes tardias no que diz respeito ao combate da propagação do VIH/SIDA.

VI.2. Instituições

“Já na luta contra a doença, os entrevistados destacam o empenho das áreas ligadas à saúde, investigação e solidariedade social, em sentido contrário a atitude do Estado, dos líderes de opinião, da Igreja e dos empregadores é vista com desconfiança.”

<http://tsf.sapo.pt> Dezembro de 2008

Durante esta investigação percepcionou-se uma ausência de políticas públicas direccionadas à prevenção da SIDA, na primeira década da doença. As políticas de saúde para a prevenção do VIH/SIDA em Portugal, ainda são relativamente recentes. Além do que já foi referido no ponto anterior. Neste sentido, é de louvar a actuação das organizações não governamentais, uma vez que com prontidão começaram a enveredar esforços, a dinamizar e a informar as populações para o grave problema de saúde, nomeadamente de saúde pública, que é o VIH/SIDA.

Existem diversas associações e instituições espalhadas por todo o Mundo que têm vindo a trabalhar na luta contra o VIH/SIDA. Em Portugal, há muitas entidades envolvidas nesta causa, no entanto, este trabalho fará apenas referência à Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA e à Associação Abraço, por terem sido as duas entidades contactadas para a elaboração desta pesquisa.

Ao longo dos anos a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA e a Abraço, têm levado a cabo variadíssimas campanhas de prevenção com o objectivo de minimizar a difusão desta doença. As campanhas têm vindo ao longo dos anos a ser alargadas a toda a população mas inicialmente eram mais vocacionadas para os jovens.

VI.3. A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Em 1985 foi criado o Grupo de Trabalho da SIDA pelo Ministério da Saúde, que tinha como propósito a recolha de informação sobre novos casos, e a implementação de estratégias que pudessem prevenir ou minimizar a dispersão da doença. Em 1990, foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLS), em substituição do grupo de trabalho referido. Mas apenas em 1993 foi aprovado o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, que definia orientações para a Comissão até ao ano 2000. Mais tarde a CNLS, criou o novo Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção VIH/SIDA, para 2001-2003. Actualmente é o Alto Comissariado da Saúde que integra a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, unidade que resultou da extinção da CNLS. O objectivo é promover uma maior articulação, entre as instituições e unidades de saúde para uma melhor execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Ao longo dos anos esta unidade que sofreu várias reestruturações teve um papel muito importante na prestação de informações à população portuguesa, através de realização de campanhas, organização de eventos, através do apoio à investigação nomeadamente, com a celebração de um protocolo com a Fundação para a Ciência e Tecnologia, em Novembro de 2002.

As campanhas de prevenção realizadas a nível nacional eram inicialmente mais focadas na população jovem. No entanto, com o decorrer dos anos tem-se verificado que a população alvo passou a ser mais abrangente e no historial de campanhas encontram-se várias tipologias, como profissionais de saúde na área da infecção,

condutores de veículos pesados de mercadorias, população emigrante, população laboral, jovens, jovens do ensino superior e população em geral, a nível nacional. A informação é prestada através do seu site na internet, da publicação de folhetos, cartazes e brochuras, distribuídos por instituições de ensino, locais de trabalho, afixação de cartazes, spots publicitários televisivos, unidades de saúde e rastreios à população. As figuras seguintes mostram algumas das campanhas mais recentes em Portugal.

Figuras 4 e 5: Campanhas de 2007



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Figura 6: Campanha Carnaval 2008



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Figura 7: Campanhas de 2008

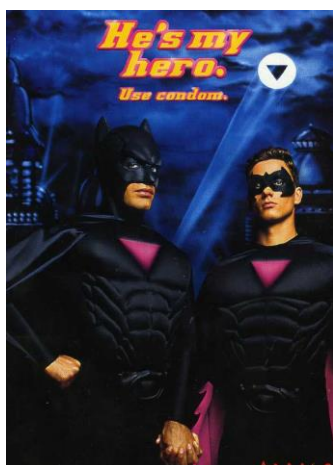


Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

VI.5. A Associação Abraço

A associação Abraço tem promovido desde 1991, campanhas de prevenção e outros eventos, no sentido de alertar e informar a população para o grave problema que é a SIDA. Ao longo destes 17 anos de existência as suas campanhas começaram por ser mais vocacionadas para jovens e para homossexuais. O tipo de actuação da Abraço junto da sociedade portuguesa, passa por campanhas de rua, nas escolas, praias, e outros locais, na organização de eventos nomeadamente exposições, organização de acções de formação para professores, jornalistas e outros grupos profissionais, seminários, participação em eventos nacionais e internacionais, campanhas através de “spots” televisivos, publicação de postais¹¹ e folhetos informativos e afixação de cartazes. Os temas das campanhas de prevenção e informação foram variando, tendo sempre como objectivo principal apelar e de certa forma “chocar” - no bom sentido da palavra – a população portuguesa. A sua actuação de uma maneira geral é a nível nacional, nomeadamente os spots televisivos, no entanto apesar da maior incidência de campanhas e outros eventos ser em Lisboa, a Abraço exerce a sua função de divulgação por todo o país. As campanhas foram sempre muito apelativas e directas, algumas até foram consideradas directas demais e de certa forma mal compreendidas, como foi o caso em 1993 dos super-heróis “Batman e Robin” de mãos dadas que não chegou a ter cartaz, mas apenas um pequeno postal mais discreto.

Figura 8: Campanha Super Heróis - “Batman e Robin”



Fonte: Abraço

¹¹ Figuras 8 a 13

Campanhas apelativas

O objectivo das campanhas de sensibilização promovidas pelas organizações, associações e serviços de saúde, é o de informar e chegar perto das populações, por isso ao longo dos anos as campanhas têm sido bastante apelativas no sentido de atrair a população alvo, para que seja devidamente alertada e informada. Tarefa que pelos dados apresentados mais à frente têm sido muito positivas principalmente junto das camadas mais jovens.

No âmbito do Dia Mundial da Luta Contra a SIDA, 1 de Dezembro, ambas as instituições já referidas têm ao longo dos anos realizado acções para celebrar este dia. Além da realização de eventos, nomeadamente galas, exposições e marchas, os títulos das campanhas que vão realizando têm tentado alertar a população de diferentes maneiras, no sentido de captar a atenção de um número cada vez maior de indivíduos. No caso da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, eis alguns exemplos de slogans: em 2003 “*Para vencermos. Falta-nos a sua mão*”, 2004 “Não é uma ilusão, a SIDA existe” e em 2005 “Só há uma maneira de saber”. No caso da Associação Abraço: “Preservativos são divertidos”, “Joy Stick, Play Station’s e Game Over”, “Há coisas na vida que não são para partilhar” e por último a campanha de 2006 “Sex Bomb”.

Figuras 9 e 10: Campanhas “Preservativos são divertidos” e “Joy Stick, Play Station’s e Game Over”



Fonte: Abraço

Figuras 11, 12 e 13: Campanha “Há coisas na vida que não são para partilhar”



Fonte: Abraço

Capítulo VII: Análise e apresentação de resultados

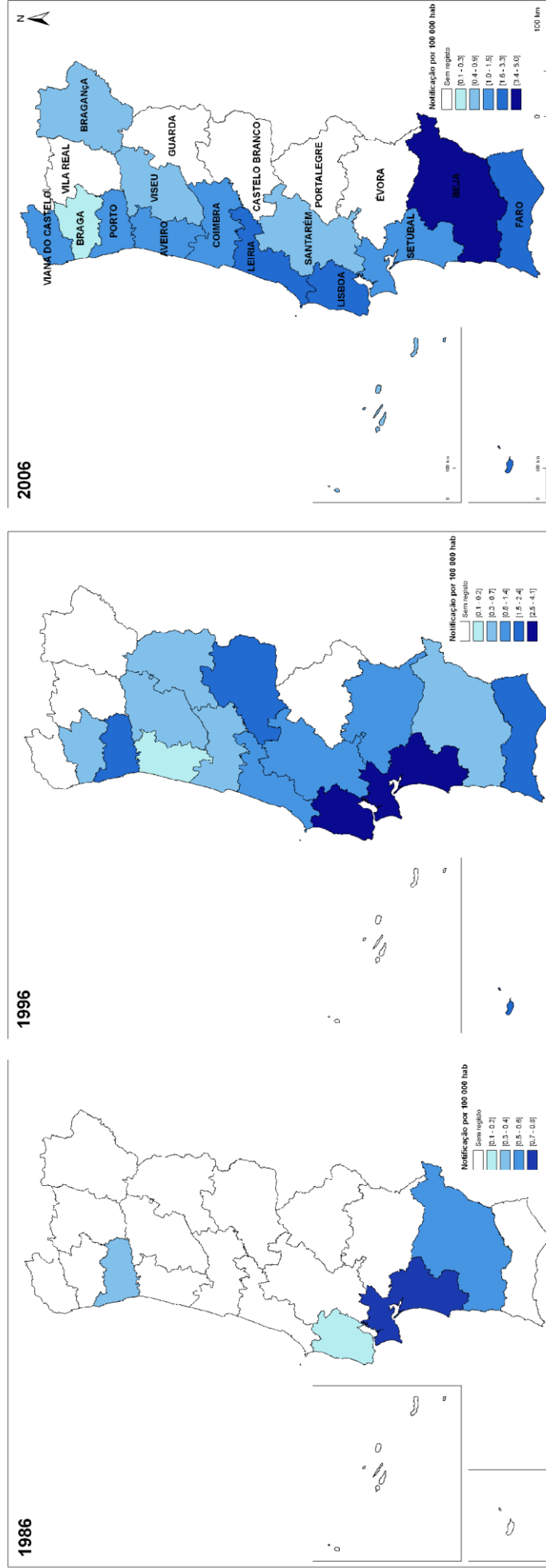
VII.1. Situação no País

Para a análise e como já referido foram escolhidos três momentos¹², 1986, 1996 e 2006. Nos cerca de 31000 dados disponibilizados, foram detectados 54 casos diagnosticados com ano desconhecido. Segundo informação do CVEDT, estes casos são dos mais antigos conhecidos em Portugal. O facto dos registos se encontrarem incompletos, deve-se à falta de indicação deste dado por parte do médico que realizou o diagnóstico, é preciso realçar que se passaram mais de vinte anos e a recolha desta informação não era sistematizada a nível nacional.

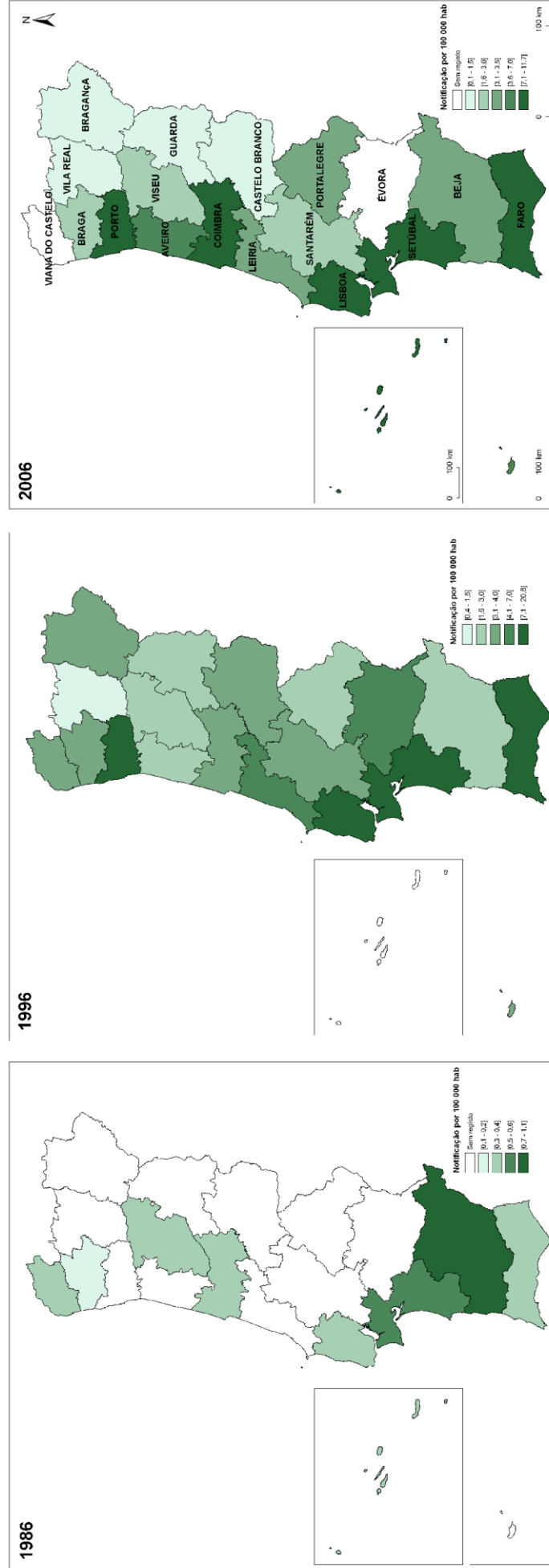
Apurou-se que 54% casos são de PA e os restantes 46% de SIDA. As idades, variam entre os 19 e os 97 anos, sendo no entanto a maior incidência em indivíduos dos 25 anos até à casa dos 50 anos. Do total destes casos apenas 11 eram mulheres das quais seis tinham SIDA. Verifica-se que relativamente aos diagnósticos com ano desconhecido a maioria dos casos eram de homens.

¹² Ver mapas de evolução das páginas 42, 43 e 44

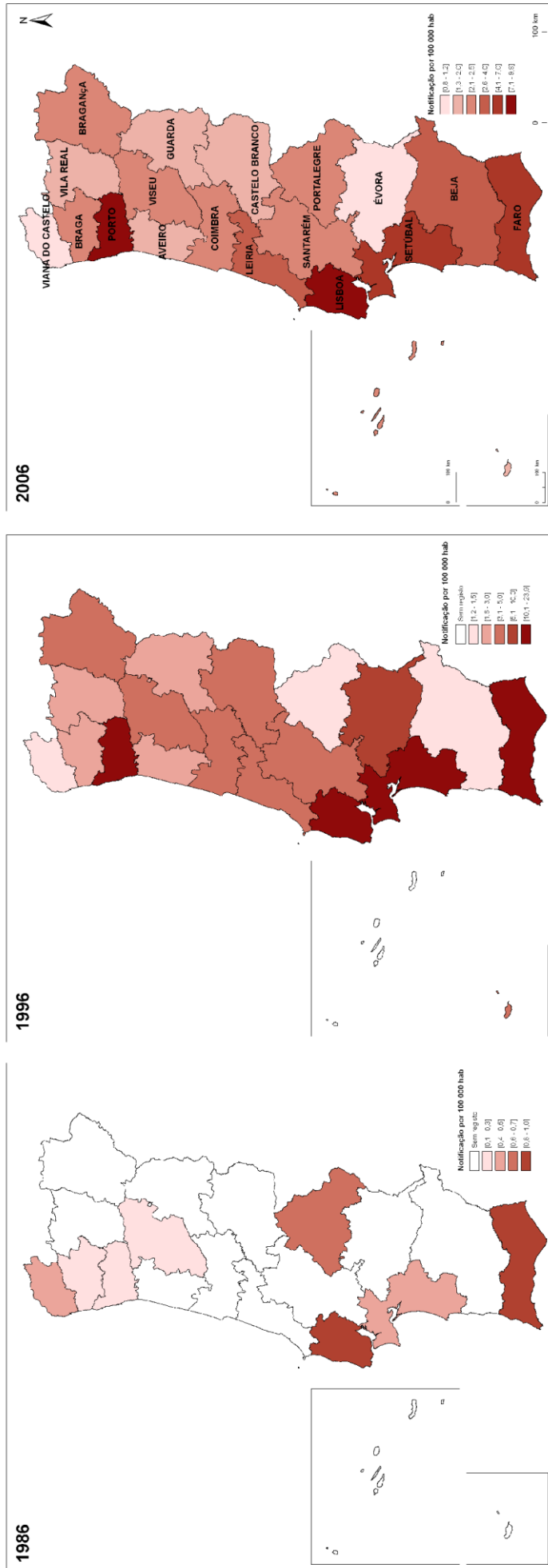
Evolução de CRS em Portugal



Evolução de PA em Portugal



Evolução da SIDA em Portugal



Relativamente ao ano de 1986 foram diagnosticados 66 notificações incluindo os três tipos sendo que 23% de casos eram de CRS, 26% de PA e 51% de SIDA. Estes casos foram identificados em 11 Distritos, sendo a maior incidência em Lisboa. Do total das notificações registadas para SIDA, 88% eram homens e apenas 12% eram mulheres, sendo a maior incidência no Distrito de Lisboa. As faixas etárias que registaram mais casos foram as dos 25-34 anos e 35-49 anos. Em 1986 das notificações de PA, verificou-se que 71% dos casos foram diagnosticados em homens, enquanto nas mulheres o valor registado foi 29%. O Distrito com mais casos foi novamente Lisboa. Quanto às notificações de CRS, registaram-se 73% em homens e 27% em mulheres.

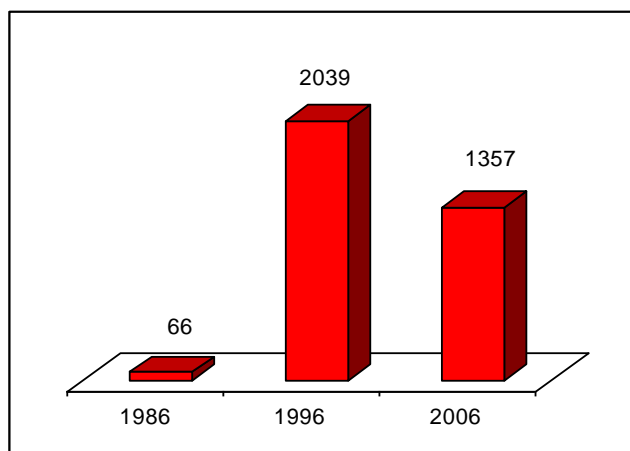
Passados dez anos, o panorama é muito diferente, foram registados 960 casos de SIDA, 896 de PA e 182 de CRS, o que representa um total de 2038 notificações em 1996. Como seria de esperar os Distritos com maior representação em qualquer dos tipos de notificação são sempre Lisboa e Porto, isto pode de certa forma ser justificado por na altura não haver meios disponíveis em todos os Distritos do país para diagnosticar a doença, e assim registarem-se mais casos em Lisboa e Porto, bem como em 1986. O Distrito que aparece na terceira posição é Setúbal. Em qualquer dos três tipos de diagnóstico verifica-se que nos homens há sempre mais casos, nomeadamente, no tipo CRS com 21% de mulheres e 79% de homens, no tipo PA com um registo de 29% mulheres e 71% de homens e no caso do tipo SIDA verificaram-se 18% de mulheres e 82% de homens.

Quadro 1: Notificações por décadas e por tipo

ANO	CRS_F	CRS_M	PA_F	PA_M	SIDA_F	SIDA_M	SIDA_D	CRS	PA	SIDA
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
1986	4	11	5	12	4	30	0	15	17	34
1996	38	143	261	638	175	795	1	182	896	960
2006	36	104	237	459	123	398	0	140	696	521

Fonte: CVEDT

Gráfico 1 – Evolução do número de casos em Portugal (todas as notificações)



Fonte: CVEDT

Relativamente ao ano de 2006, em todos os Distritos do país (Mapas das páginas 39, 40 e 41) foram diagnosticados novos casos de SIDA, no entanto é de salientar, que no geral houve uma diminuição de casos em relação ao ano de 1996 na ordem dos 20% (Gráfico 1).

VII. 2. Descrição dos resultados

Como foi referido na metodologia, para que a análise por Distrito fosse obtida numa proporção real, foram considerados os dados da população residente relativa aos anos de 1981, 1991 e 2001 dos Censos realizados nestes anos (Quadro 2). Foi ponderado o número de indivíduos infectados por cada 100 000 habitantes por Distrito. Os mapas em anexo por tipo de notificação nos três momentos em análise, 1986, 1996 e 2006, ilustram bastante bem a situação de evolução da doença ao longo do tempo em Portugal.

Os dados apresentados no Quadro 2 e os mapas de Evolução por tipo de notificação (páginas 42, 43 e 44), mostram claramente que há Distritos que necessitam de maior intervenção no que diz respeito à prevenção do VIH/SIDA do que outros. Relacionando os valores por Distrito, às faixas etárias, poderá ser mais fácil desencadear determinadas acções de sensibilização, nomeadamente através dos centros de saúde, das

escolas, de locais de trabalho e também através das delegações regionais das instituições e outras organizações de luta contra o VIH/SIDA.

Quadro 2: População residente por Distrito em Portugal

Distrito	1981	1991	2001
Açores	243410	237795	242073
Aveiro	622988	654265	712961
Beja	188420	169438	160681
Braga	708924	754593	830292
Bragança	184252	157809	148839
Castelo Branco	234230	214853	208097
Coimbra	436324	427839	440640
Évora	180277	173654	173432
Faro	323534	341404	391819
Guarda	205631	188165	179435
Leiria	420229	426152	457749
Lisboa	2069467	1996008	2120752
Madeira	252844	251588	242603
Portalegre	142905	134169	126452
Porto	1562287	1635100	1777355
Santarém	454123	444880	453915
Setúbal	658326	712594	783604
Viana do Castelo	256814	250059	249848
Vila Real	264381	236294	223327
Viseu	423648	401871	394210

Fonte: INE – CENSOS

VII. 3 Evolução de CRS em Portugal

Inicia-se a análise pelo tipo de notificação Complexo Relacionado com a SIDA (CRS). Verifica-se que em 1986 os arquipélagos dos Açores e Madeira não tinham qualquer registo de CRS e em Portugal Continental, era o Distrito de Setúbal que

apresentava valores mais elevados, seguido do Distrito de Beja, o Porto e por fim Lisboa. O resto do mapa (página 42) aparece em branco o que indica que não foram diagnosticados casos de CRS naquele ano¹³. Como exemplo é importante referir, que o facto de Setúbal apresentar valores superiores aos de Lisboa, não quer dizer que existiam mais casos diagnosticados no primeiro Distrito relativamente ao segundo, mas o facto é que na ponderação com a população residente em cada Distrito os valores de Lisboa tornam-se mais dispersos porque a população é significativamente mais numerosa em Lisboa do que em Setúbal (Quadro 2).

O mapa relativo a 1996 (página 42) é muito diferente em relação ao mapa anterior. Para este tipo de notificação não foram diagnosticados casos no arquipélago dos Açores, em Viana do Castelo, em Vila Real, em Bragança e em Portalegre, todos os outros Distritos apresentam casos de CRS. Neste mapa é importante salientar os valores mais elevados no Distrito de Lisboa, pois indica que sendo este o Distrito do país com mais população residente neste ano é também o que apresenta mais casos de CRS. Setúbal apresenta valores elevados. Os Distritos do Porto, Castelo Branco, Faro e Madeira, encontram-se na escala de valores seguinte e posteriormente são os Distritos de Leiria, Santarém e Évora. Braga, Viseu, Guarda, Coimbra e Beja encontram-se na escala de valores mais abaixo e o Distrito de Aveiro foi o que registou menos casos de CRS.

No ano de 2006 o mapa de CRS apresenta cinco Distritos sem qualquer registo de diagnóstico, para este tipo de notificação, onde se destaca a Leste uma “faixa” branca relativa aos Distritos de Guarda, Castelo Branco, Portalegre e Évora. Curiosamente, é o Distrito de Beja que regista mais casos o que é de salientar, pois Beja é um dos Distritos com menos população residente. De 1991 para 2001 a população sofreu um aumento, mas no entanto e, olhando para os valores relativos aos anos de 1996 e 2006, verifica-se que se registou um aumento significativo. Os Distritos que se encontram na escala de valores seguinte são Leiria, Lisboa, Faro e Madeira. O Distrito de Braga foi o que registou menos diagnósticos de CRS no ano de 2006.

¹³ Comunicados ao CVEDT

VII.4. Evolução de PA em Portugal

Relativamente, à evolução de notificações de Portadores Assintomáticos (PA) (página 43), verifica-se que em 1986 e à semelhança do mapa para CRS no mesmo ano, o panorama era idêntico, ou seja a maioria dos Distritos aparece a branco o que significa que não foram diagnosticados casos. Os valores mais elevados aparecem em Beja o que é significativo, dada a densidade populacional deste Distrito alentejano comparado com outros Distritos do país. O Distrito de Setúbal encontra-se na escala de valores anterior, os restantes Distritos com dados não apresentam valores relevantes.

No ano de 1996, os Distritos em que se diagnosticaram mais casos de PA foram, Porto, Lisboa, Setúbal e Faro. Leiria e Évora encontravam-se neste ano na mesma escala de valores. A generalidade do mapa está preenchido e verifica-se quando comparado com o mapa de 1986 que o registo de diagnósticos de PA aumentou consideravelmente.

Quanto ao ano de 2006, verifica-se que em todos os Distritos à excepção de Viana do Castelo e Évora (sem registos) foram diagnosticados casos de PA. No entanto é de salientar, que em 2006 o mapa apresenta na sua generalidade uma tonalidade mais clara em relação ao ano de 1996, o que indica que houve uma diminuição de registo de casos de PA. Os Distritos de Aveiro, Coimbra, Portalegre e Beja e os arquipélagos dos Açores e Madeira registaram um aumento de casos em relação a 1996. Lisboa, Setúbal e Faro não registaram alterações significativas.

VII.5. Evolução de SIDA em Portugal

O terceiro conjunto de mapas (página 44) representa a evolução de SIDA em Portugal e são comparadas as notificações registadas aos anos de 1986, 1996 e 2006. À semelhança do que foi referido para o ano de 1986 para os tipos de notificação CRS e PA, o mapa relativo aos diagnósticos de SIDA neste ano também apresenta a maioria dos Distritos a branco, o que significa que não foram identificados casos naqueles Distritos. Lisboa e Faro são os Distritos que apresentam valores mais elevados, posteriormente aparece Portalegre, seguido de Setúbal e Viana do Castelo na mesma

escala de valores. Braga, Porto e Viseu foram os Distritos com menos notificações e todos os restantes Distritos não apresentaram qualquer notificação de SIDA em 1986.

No mapa relativo ao ano de 1996, verifica-se que em Portugal Continental foram diagnosticados casos em todos os Distritos, sendo o Porto, Lisboa, Setúbal e Faro os que se encontram na escala de valores com mais notificações. Neste ano os Distritos onde se verificaram menos novos casos de SIDA foram Viana do Castelo, Portalegre e Beja.

Em 2006, foram diagnosticados novos casos de SIDA em todos os Distritos do país. Porém, os Distritos com mais notificações em 2006 foram Lisboa e Porto, mas estes são também os Distritos do país com mais população residente, Setúbal e Faro encontram-se na escala de valores imediatamente a seguir. Posteriormente, aparece Leiria, Beja e Açores. Neste ano o Distrito que registou menos novas notificações para SIDA, foi Évora.

Comparando este mapa de 2006 com o de 1996 (páginas 43 e 44) facilmente se percebe que na globalidade o mapa apresenta tonalidades mais claras, que significam portanto menos novos casos. No entanto, é de realçar o caso de Beja que registou um incremento de novos casos e é um dos Distritos com menos população residente. Em Portalegre também se verificou um incremento de novos casos.

Capítulo VIII: Resultados e discussão

Os mapas apresentados são de interpretação muito acessível a qualquer pessoa. O que se pretende aqui realçar é que se estes forem colocados à disposição da população, a sua leitura é bastante perceptível, pois facilmente se consegue comparar a evolução de cada um dos três tipos de notificação ao longo dos anos em estudo.

Facilmente se consegue identificar quais os Distritos onde há maior necessidade de intervenção. No caso das notificações de SIDA, a faixa litoral nos mapas de 1996 e 2006 é representada por tonalidades mais escuras, o que indica que aí o fenómeno tem maior incidência. Os Distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, eram os que apresentavam valores superiores em 1996. Em 2006, verificou-se uma diminuição global de casos. Os Distritos de Lisboa e Porto continuaram com mais casos, mas em Setúbal e em Faro registou-se uma regressão do número de casos de SIDA em Portugal.

Para que a utilização dos SIG no estudo de fenómenos na área da saúde, no diagnóstico espacial possa ser utilizada para a prevenção da SIDA, é importante haver maior rigor na recolha dos dados geográficos, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente ao nível da Freguesia. Pois quanto mais pormenorizada for a informação maior poderá ser o detalhe da cartografia. A obrigatoriedade da notificação da doença a partir de 2005 é um bom indicador nesse sentido.

VIII.1. Avaliação das acções já realizadas

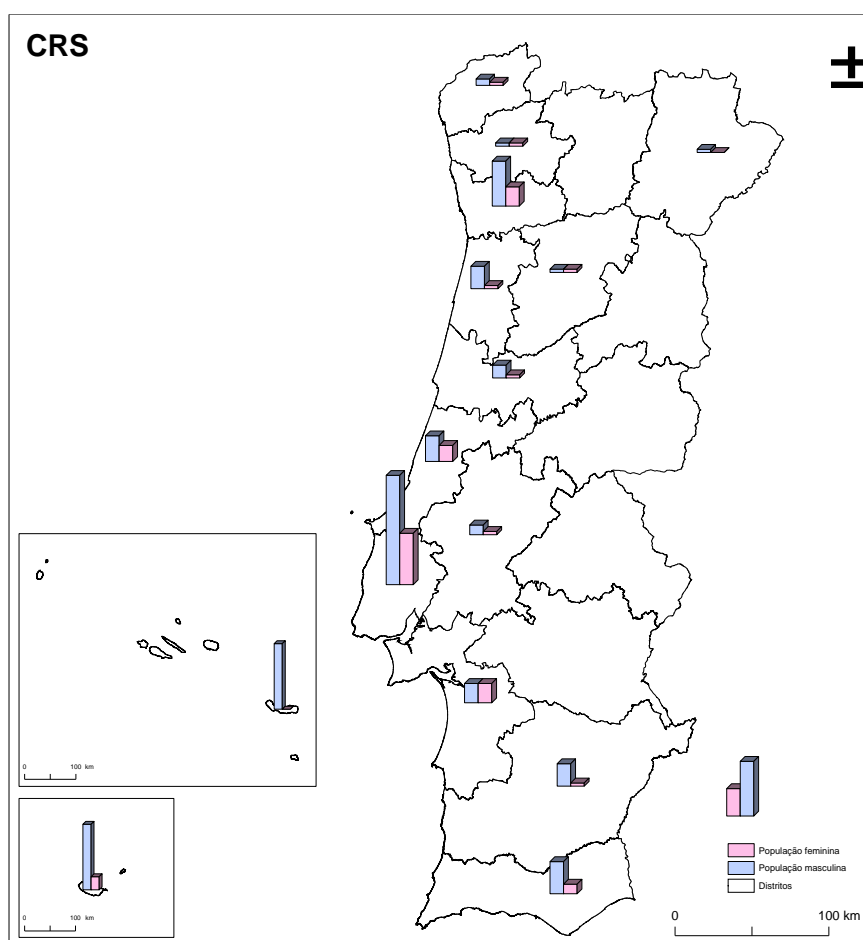
Observando os gráficos e os mapas de 1996 e 2006 percebe-se que houve um diminuição substancial no número total de casos nos três tipos de notificação. Este dado é um indicador, que as campanhas têm tido um importante papel na mudança de atitude da população em geral. Contudo, facilmente se percebe que houve um decréscimo maior na população jovem, por um lado os jovens estão mais informados e, como tal têm comportamentos provavelmente mais cautelosos, por outro é também fácil constatar que as campanhas continuam a ter como público-alvo, sobretudo os jovens. Por outro lado verifica-se, que os adultos na faixa etária entre os 35-49 anos (Gráficos 2 e 3), sofreram um aumento considerável no que diz respeito ao número de infectados. Actualmente, e apesar das campanhas serem mais abrangentes em termos de público-alvo, é possível fazer ainda mais.

VIII. 2. Onde e como actuar

Os valores apresentados quer nos gráficos, quer nos mapas de evolução para os três tipos de notificação, (páginas 42, 43 e 44), indicam que houve um incremento muito significativo no registo de novas casos comparando os anos de 1996 e 2006 com o ano de 1986, porém, em 2006 houve uma diminuição global de casos relativamente a 1996.

Com a observação dos mapas facilmente se percebe quais são os Distritos onde foram registados mais casos, que estão representados com valores mais elevados.

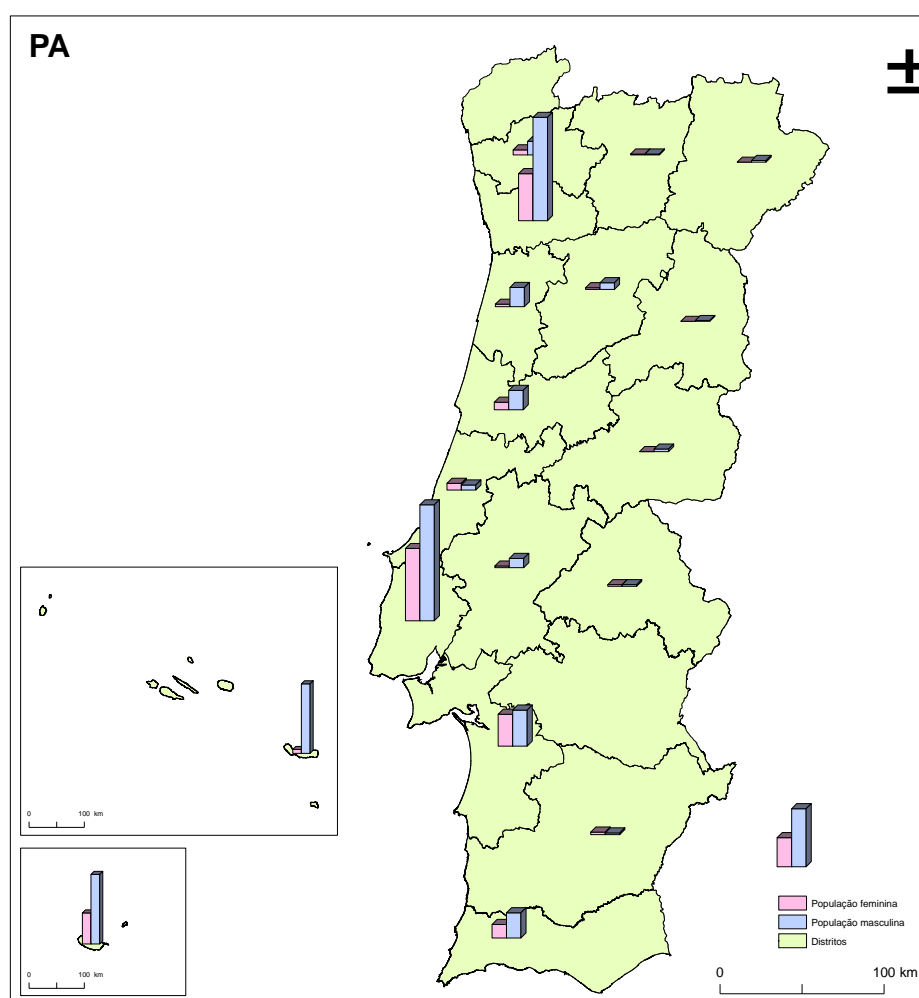
Figura 14: Notificações por sexo de CRS em 2006



O mapa da figura 14, representa os registos de notificações por sexo de CRS em 2006. Um facto importante é a diferença tão grande entre os casos registados segundo o género. Como se pode conferir nos três mapas das figuras 14, 15 e 16, relativos a 2006 para os três tipos de notificação por sexo. Registam-se sempre mais casos no que se refere aos homens em qualquer dos tipos de notificação.

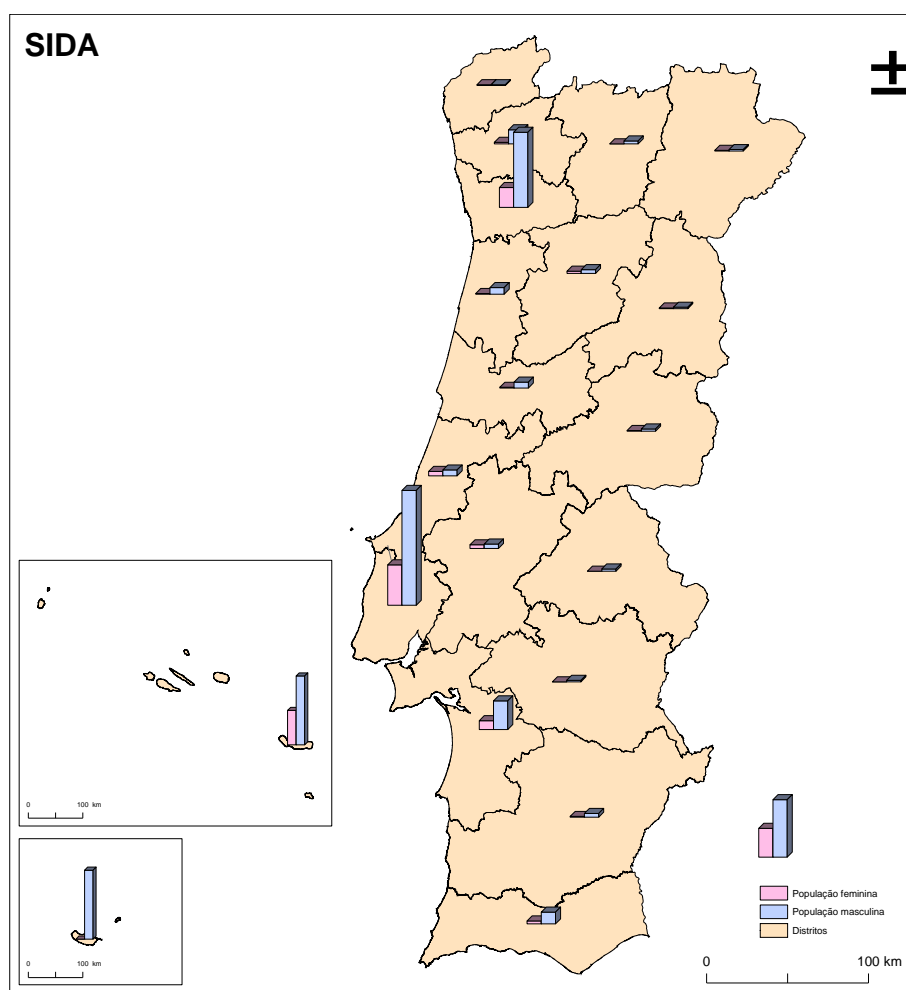
Observa-se aqui que todos os Distritos da faixa litoral apresentam registos de casos de CRS, e apenas em cinco Distritos não houve qualquer registo. Sendo esta diferença muito considerável nomeadamente em Lisboa, Porto e Açores e Madeira.

Figura 15: Notificações por sexo de PA em 2006



No caso de CRS (figura 14), cinco Distritos não registaram qualquer caso. Quanto ao tipo PA (figura 15) só não se registaram casos em Portalegre e em Viana do Castelo. Lisboa e Porto são os Distritos onde se encontram mais casos de indivíduos seropositivos. Os Açores e Madeira também têm valores elevados comparando com outros Distritos de Portugal Continental. É de realçar a diferença de valores nos Açores entre homens e mulheres que na Madeira apesar de ser cerca de metade não é tão acentuada. Neste mapa facilmente se percepção que são as regiões com menos população que apresentam menos casos.

Figura 16: Notificações por sexo de SIDA em 2006



O tipo SIDA (figura 16), registou casos em todos os Distritos no ano de 2006. Lisboa e Porto são mais uma vez os Distritos com valores mais elevados. Nestes dois Distritos é de salientar a diferença de valores para homens e mulheres, sobretudo no Porto. Setúbal também tem valores elevados quando comparado com a maior parte dos Distritos de Portugal Continental, a diferença entre sexos também é muito acentuada. É também notável a quase ausência de notificações de SIDA para mulheres, comparando com os homens na Madeira. Enquanto nos Açores a diferença entre sexos é de cerca de metade.

Como se pode constatar pela observação do Gráfico 2, (página 56), o escalão etário onde se registaram mais casos no total dos três tipos de notificação no ano de 1996, foi o dos (25-34) anos, com quase 50% dos registos, o segundo escalão etário mais afectado foi o dos (35-49) anos e o escalão dos (13-24) anos que engloba os jovens e estudantes universitários registou 19% de notificações.

Observando os mapas¹⁴ de 1996 verifica-se que apenas o tipo de notificação CRS, não registou qualquer caso em cinco Distritos. Relativamente a PA e a SIDA, todos os Distritos registaram casos, sendo a maior incidência no Porto, em Lisboa, em Setúbal e em Faro, encontrando-se todos estes Distritos englobados na mesma escala de valores.

Passados mais dez anos, em 2006, as diferenças são igualmente significativas, no entanto aqui, denota-se uma diminuição no registo de casos nos três tipos de notificação, o que é um indicador bastante positivo. Observando os mapas de evolução por tipo de notificação, (páginas 42, 43 e 44) constata-se que todos os relativos ao ano de 2006, apresentam valores inferiores relativamente ao ano de 1996. Este facto dever-se-á provavelmente à influência das campanhas de prevenção, a um maior acesso à informação, que poderão ter levado a uma mudança no que diz respeito aos comportamentos de risco, portanto a uma maior consciencialização da SIDA como doença contagiosa e transmissível.

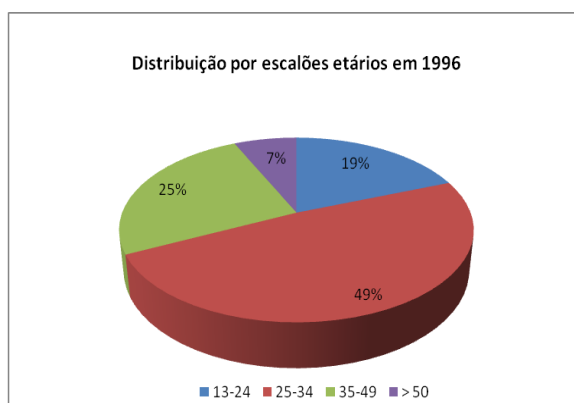
Os totais em valor absoluto, por tipo de notificação registados neste ano foram os seguintes: 521 casos de SIDA, 696 de PA e 140 de CRS, o que totaliza 1357 notificações em 2006.

Relativamente às percentagens neste ano para os três tipos de notificação foram as seguintes: para CRS 74% de homens e 26% de mulheres, para PA 66% de homens e 34% de mulheres e para SIDA 76% de homens e 34% de mulheres.

Comparando os valores de 1996 e 2006, houve uma diminuição na ordem dos 20%, de notificações registadas neste período de tempo. Isto demonstra que a população está mais consciente do problema da SIDA. No entanto é importante realçar a diferença de casos registados no escalão etário mais elevado como mostra o gráfico seguinte (Gráfico 3).

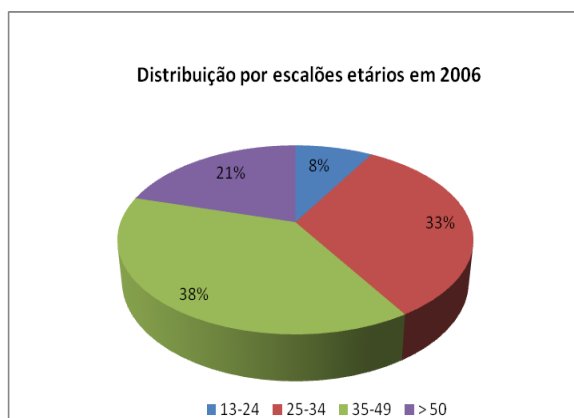
¹⁴ Mapas das páginas 42, 43 e 44

Gráfico 2: Distribuição dos três tipos de notificação por idade, 1996



Fonte: CVEDT

Gráfico 3: Distribuição dos três tipos de notificação por idade, 2006



Fonte: CVEDT

Relativamente ao total de notificações registadas no ano de 2006, por escalões etários, constata-se que o escalão com maior número de casos é o dos (35-49) anos, seguido do escalão dos (25-34) anos. Comparando os Gráficos 2 e 3, relativos aos anos de 1996 e 2006, observa-se que nos dois escalões etários mais baixos representados, houve uma diminuição significativa de casos. No escalão dos (13-24) anos esta redução foi para menos de metade, enquanto no escalão seguinte (25-34) de 49% para 33%. No entanto nos dois escalões superiores registou-se um aumento de casos. O escalão dos (35-49) anos registou uma subida de 25% para 38%, e, o último escalão etário que representa os indivíduos com 50 anos e mais, triplicou comparativamente ao ano de 1996. Estes valores vêm confirmar informações recolhidas durante as pesquisas para

este trabalho, nomeadamente a referência em alguns artigos que os indivíduos acima dos 50 anos têm mais vergonha, ou preconceitos, relativamente ao uso do preservativo do que os grupos etários mais jovens. Outro dado curioso é o facto do consumo do Viagra¹⁵, normalmente utilizado por indivíduos mais velhos, ter vindo contribuir para aumentar o número de casos de HIV/SIDA (CALDAS, 2006: p. 8).

Os mapas relativos aos três tipos de notificação nos três momentos em análise são muito ilustrativos da evolução deste fenómeno em Portugal. A sua leitura permite facilmente identificar quais os Distritos onde há necessidade de maior intervenção. A faixa litoral é em todos os mapas sempre representada por valores mais elevados, o que indica que o fenómeno tem maior incidência, porém é importante salientar que também é, onde vive mais população. Os Distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, são os que apresentam valores superiores, à excepção do Distrito de Beja no tipo de notificação de CRS.

VIII.3. Modelo para Notificação

O actual modelo de impresso para o registo das notificações de VIH/SIDA (Figura 1), em Portugal tem um formato complexo e, como tal acaba por não ser preenchido na íntegra pelos técnicos de saúde, quando registam as notificações de novos casos. Desta forma, apesar da obrigatoriedade do seu preenchimento, verifica-se que a informação obtida é incompleta, o que acaba por resultar em análises menos pormenorizadas. A base de dados facultada para a elaboração deste trabalho contém lacunas na informação ao nível do Concelho de residência dos pacientes.

Actualmente o sistema nacional de saúde é detentor de bases de dados com informação dos utentes. Facto que indica que há muita informação em formato electrónico. A Direcção Geral de Saúde possui um sistema de bases de dados em Oracle desde 2003, sobre urgências hospitalares e de Centros de Saúde (PLANTIER, T, 2006). Esta base de dados de actualização diária, contém nas suas tabelas vários atributos, nomeadamente, idade, sexo, Distrito e estabelecimento de saúde. Esta informação pode

¹⁵ Medicamento utilizado no tratamento da disfunção erétil.

ser extraída em formato de gráficos e mapas, consoante a pertinência da sua utilização e claro o seu acesso é restrito.

No caso das notificações de VIH/SIDA poderiam ser criadas tabelas idênticas e também com acesso restrito, pois este tipo de informação é confidencial. Mas a alteração a este nível no que diz respeito ao registo das notificações desta pandemia, iria permitir que ao nível da prevenção a actuação pudesse ser mais eficaz, mais interventiva e mais localizada. Com esta informação as organizações governamentais e não governamentais poderiam programar as suas campanhas direccionadas, quer a indivíduos específicos que a locais específicos e com certeza com melhores resultados à posteriori.

O registo em formato electrónico seria sempre confidencial e as tabelas para o efeito preventivo do VIH/SIDA, não necessitariam de muita informação complementar como se verifica no impresso que é actualmente utilizado pelos técnicos de saúde. As informações que se poderiam denominar mais confidenciais ficariam apenas nos respectivos processos dos pacientes. A base de dados para as notificações seria como que paralela. Nesta tabela poderiam simplesmente constar campos como, a idade (ano de nascimento), sexo, Distrito, Concelho e Freguesia de residência, e estabelecimento de saúde, a data da ocorrência do registo e claro, o tipo de notificação. Esta base de dados poderia ter um campo de ligação a informações complementares dos pacientes para análises futuras. Isto permitiria realizar outro tipo de análises, nomeadamente o estado de evolução da doença, o número de óbitos e outro tipo de cruzamentos.

Este tipo de tabelas, seriam ligadas à informação geográfica, ou seja a um SIG onde se poderiam efectuar análises espaciais das notificações de VIH/SIDA em Portugal.

Capítulo IX: Síntese final

Considerações finais

A representação cartográfica de qualquer fenómeno é extremamente importante, dado que a visualização de um mapa apelativo e de leitura fácil, é muito mais perceptível do que a interpretação de números em tabelas e gráficos. A análise visual de uma imagem é mais fácil de interpretar. Além de causar maior impacto nos indivíduos, a probabilidade de retenção na memória é maior.

Para se poder cartografar com maior rigor o VIH/SIDA em Portugal, é importante haver maior pormenor na recolha dos dados, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente até ao nível da Freguesia, pois quanto maior for a informação maior poderá ser o detalhe da cartografia. Consequentemente a análise espacial a realizar será com certeza mais aprofundada e poderão ser tiradas melhores ilações para se prevenir a propagação da doença através de campanhas mais específicas e mais localizadas.

A análise dos dados mostra que a faixa etária onde actualmente a doença incide maioritariamente é nos indivíduos com idades entre os 35-49 anos. À partida estes indivíduos não pertencem a grupos de risco, porém são os comportamentos que levam a que seja este o grupo etário mais afectado. Os adultos, parecem ser agora os que necessitam de mais informação sobre o vírus VIH/SIDA.

A tomada de consciência no que diz respeito aos comportamentos, sobretudo sexuais, é hoje diferente, a população está mais informada. No entanto, esta doença pode afectar qualquer pessoa que não tome as devidas precauções. No meio de tantos infectados com SIDA existem também muitos inocentes, que foram apanhados no meio de uma teia devido aos comportamentos de risco de terceiros, nomeadamente as crianças que já nascem com SIDA.

Caminha-se cada vez mais no sentido de constituir equipas de investigação, com profissionais com diferentes tipos de formação. Este trabalho demonstra, que a abordagem geográfica, e os Sistemas de Informação Geográfica poderão ser um instrumento fundamental de suporte à decisão na investigação de assuntos relacionados com a saúde, nomeadamente, a prevenção à propagação do vírus VIH/SIDA.

Existem múltiplas formas de se actuar junto das populações mais necessitadas de informação e sensibilização, como por exemplo através do modelo de educação para a saúde aplicado a regiões específicas, bem como através de programas regionais e locais utilizando as sessões no âmbito das Agendas 21 Locais, dos municípios onde se recorre à participação pública para intervir na comunidade. Estes são alguns exemplos de possíveis formas de actuação para a minimização da propagação do vírus VIH/SIDA em Portugal. A disponibilização de mapas com a cartografia do VIH/SIDA em Centros de Saúde e Hospitais, em locais acessíveis aos utentes, bem como em estabelecimentos de ensino, poderia ser um bom veículo de informação e sensibilização da população portuguesa.

X. Referências bibliográficas

Enciclopédias

Enciclopédia Lexicoteca, Círculo de Leitores, (1987). Lisboa.

Enciclopédia Lexicoteca, Círculo de Leitores, (1988). Lisboa.

Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, (1975) . Verbo. Lisboa.

Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, (1986) . Verbo. Lisboa.

Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. (1986). Volume XXVIII. Editorial Lisboa.

Atlas da Globalização Le Monde Diplomatique, (2003) – “*A África Subsariana, uma zona abandonada. A SIDA, uma ameaça para a sobrevivência do continente*”, p. 184

Atlas da Globalização Le Monde Diplomatique, (2003) – “*Uma ambiente mortificado. A saúde, um bem público mundial*”, p. 60

Atlas da Globalização Le Monde Diplomatique, (2003) – “*Uma ambiente mortificado. Catástrofes do passado e do futuro*”.

Atlas Histórico (2007) – Coordenação de Vidal-Naquet, P. e Bertin, J. – Edição Círculo de Leitores.

CABRAL, Manuel Villaverde et. al. (2002).*Saúde e doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais (ICS). Lisboa.

CAMPOS, A.C. (2001) – “*Mensagens*”. *Contra a Sida*. Dezembro de 2001, p. 20

CAMPOS, A.C. (2006) – Discursos apresentados no âmbito do XVII Governo Constitucional enquanto Ministro da Saúde.

Carta de Aalborg (1994)

Carta Dos Direitos Fundamentais Da União Europeia - (2000/C 364/01). Jornal Oficial das Comunidades Europeias C 364/1

Carta de Ottawa (1986)

Censos 1981, INE, Lisboa.

Censos 1991, INE, Lisboa.

Censos 2001, INE, Lisboa Compromissos de Aalborg (2004)

Convenção Europeia dos Direitos do Humanos - CE (1950)

Cartografia de Oeiras: 4 Séculos de Representação do Território (Do Século XVI ao Século XX). BOIÇA, J et al – Edição CMO (2003).

Considerações sobre o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA. (2007) – Associação Abraço, Lisboa.

DAHLGREN, G. (1995) - *European Health Policy Conference: Opportunities for the future. Volume II – Intersectoral action for Health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Declaração Universal dos Direitos do Humanos - ONU (1948)

ECO, U. (1977) – *Como se Faz Uma Tese em Ciências Humanas.* Editorial Presença (14ª Edição Portuguesa -2008). Lisboa.

Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (2006). Ministério da Saúde. Imprensa Nacional – Casa da Moeda. Lisboa

JULIÃO, Rui Pedro (2001) – *Tecnologias de Informação Geográfica e Ciência Regional. Contributos Metodológicos para a Definição de Modelos de Apoio à Decisão em Desenvolvimento Regional.* Tese de Doutoramento apresentada à FCSH-UNL. Lisboa.

MATARAZZO, J. (1984). *Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. In Hammonds, B. and Scheirer, C. (Eds.), Psychology and health.: American Psychological Association. Washington.*

MATOS, M.G. et all (2006), *Aventura Social & Saúde, Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses*, Relatório Preliminar HBSC 2006, Faculdade de Motricidade Humana/UTL

NAVARRO, M. (1995). *Educação para a Saúde e profissionais de Saúde Comunitária.* Revista Portuguesa de Saúde Pública, 13 (4),77-83.

OLIVEIRA, A. (2007) – *O Risco do VIH/SIDA na População Prisional Portuguesa*, Edições Colibri, FCSH-UNL, Lisboa.

PAIXÃO, M.T. (2007) – *Infecção VIH/SIDA – A Situação em Portugal* – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Lisboa.

PEREIRA, A. et al. (2006) – *Como Escrever Uma Tese Monografia ou Livro Científico Usando o Word*. (3ª Edição - Revista) Edições Sílabo. Lisboa.

Portaria nº 258/2005

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA – relatório de discussão pública. (2006). Ministério da Saúde, Lisboa.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (2003) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa.

RATO, H. et al (2008) - *Caracterização dos padrões de comportamentos de saúde da população do Concelho de Oeiras*. Oeiras. EMIC-INA.

Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA – relatório de discussão pública. (2007). Ministério da Saúde, Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008 - PNAAS

REEVES, H. (2006), *A Agonia da Terra*. Lisboa. Gradiva.

SANTANA, Paula et al (2001) - *A Geografia do SIDA em Portugal*, Cadernos de Geografia nº 20, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

SANTANA, Paula et al (2001) - *A Esperança de Vida em Portugal*, Cadernos de Geografia nº 20, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

TONES, Keith (1995). *The health promoting hospital*. *Health Education Research*, 10, (2), 1-5.

World Health Organization (2004), *Young People health in Context – Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*, Denmark.

World Health Organization (1999), *Healthy Living – What is healthy lifestyle?*, Regional Office for Europe, Nutrition Policy, Infant Feeding and Food Security, Copenhagen.- www.fpcardiologia.pt

Artigos da Internet:

A abordagem de saúde pública para o controle das DTS – (1998) – ONUSIDA.

A Contribuição da Geografia no Debate Sobre a Integralidade na Saúde - Algumas Reflexões – (2006). SANTOS, A. et al. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*.

AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública – CALDAS, J. et al (2006).

Atitudes e Comportamentos Perante o Risco. AREOSA, J. (2007).

Behavioral Change is the Only Way to Figh AIDS – MUSEVENI, Y. (2004) – *Waal Street Journal*.

Efeito de uma Intervenção Comportamental sobre DST/HIV no Uso do Preservativo Feminino. *American Journal of Public Health* (01.01.02) Vol 92; No 1: P 109-115

História dos Conceitos de Saúde e da Doença. MENDES, R. (2008). *Revista Nursing* nº231

History maps in the internet: UCLA’s John Snow site - FRERICHS, R. (2001) – *Soc. Bulletin*, Vol 34 Nº 2.

Infra-estrutura nacional para a gestão espacial de dados de saúde. PLANTIER, T. et al – *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, (2006).

Risk Behaviors in Adolescents: The Need of a Prevention Model. RODRIGUES, V. (2003). Volume 1 Number 2. *The Internet Journal of World Health and Societal Politics*.

SIDA e o idoso – Metodologias educativas de âmbito preventivo (2004).

Sida Saber Agir – Congresso virtual da SIDA.

Sites:

www.abraco.pt

www.aids2008.org

www.aidsportugal.com

www.dre.pt

www.e-escola.pt

www.farmacia.com.pt

www.forumenfermagem.org

www.insarj.pt

www.ligacontrasida.org

www.manualmerck.net

www.min-saude.pt/portal

www.pluridoc.com

www.portaldasaude.pt

www.redecidadessaudaveis.com

www.sciencedirect.com

www.sida.pt

www.unaids.org

www.who.int/en/

LISTA DE FIGURAS OU ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo para registo das notificações	6
Figura 2: Modelo de Dahlgren	26
Figura 3: Modelo de Educação para a Saúde	29
Figura 4: <i>A global view of infection</i>	32
Figuras 5 e 6: Campanhas de 2007	38
Figura 7: Campanha Carnaval 2008	38
Figura 8: Campanhas de 2008	38
Figura 9: Campanha Super Heróis “Batman e Robin”	39
Figuras 10 e 11: Campanhas Abraço	40
Figuras 11, 12 e 13: Campanha “Há coisas na vida que não são para partilhar”	41
Figura 14: Mapas de Evolução de CRS	42
Figura 15 ; Mapas de Evolução de PA	43
Figura 16: Mapas de Evolução de SIDA	44
Quadro 1: Notificações por década e por tipo	47
Gráfico 1: Evolução do número de casos em Portugal	48
Quadro 2: População residente por Distrito em Portugal	49
Figura 17: Notificação por sexo de CRS em 2006	54
Figura 18: Notificação por sexo de PA em 2006	55
Figura 19: Notificação por sexo de SIDA em 2006	56
Gráfico 2: Distribuição dos três tipos de notificação por idade em 1996	58
Gráfico 3: Distribuição dos três tipos de notificação por idade em 2006	58